

ESTRATEGIA REGIONAL DE ATENCIÓN AL **PACIENTE ONCOLÓGICO**
EN CASTILLA Y LEÓN

ONCYL



La presente publicación ha sido posible gracias a la colaboración de la compañía farmacéutica JANSSEN-CILAG S.A

© del texto: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

© de la edición: Junta de Castilla y León - Consejería de Sanidad - Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

ISBN: 978-84-09-05594-4

Deposito Legal: DL VA 183-2019

Maquetación y diseño gráfico: La Casa Torcida

Diseño de portada: Ernesto Mitre Escribano

Primera edición: octubre de 2018 (edición reducida)

Todos los derechos están reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, la fotocopia o la grabación sin el permiso expreso de los titulares del copyright.

ONCYL

ESTRATEGIA REGIONAL DE ATENCIÓN
AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN
CASTILLA Y LEÓN

<p>Presentación y saludo 8</p> <p>PRE</p>	<p>Prólogo 10</p> <p>PRO</p>		<p>4 ¿Cómo abordar los retos y seguir avanzando en la atención al paciente oncológico en Castilla y León? 88</p> <p>4.1 El cáncer, una prioridad a nivel mundial 89</p> <p>4.2 Características específicas de Castilla y León respecto al cáncer 93</p> <p>4.3 Claves de desarrollo en la atención al paciente oncológico en Castilla y León 98</p> <p>IV</p>	<p>5 Bases y desarrollo de la estrategia 106</p> <p>5.1 Objetivo general 108</p> <p>5.2 Objetivos específicos y principios inspiradores 108</p> <p>5.3 Ejes estratégicos, líneas estratégicas, proyectos y actividades 109</p> <p>V</p>	<p>6 Modelo de implantación, seguimiento y evaluación de la estrategia 158</p> <p>6.1 Modelo de control y seguimiento 159</p> <p>6.2 Evaluación: cuadro de mandos 161</p> <p>VI</p>
<p>I</p> <p>1 ¿Por qué una Estrategia Regional de Atención al paciente oncológico en Castilla y León? 12</p>	<p>II</p> <p>2 Marco normativo 18</p> <p>2.1 Contexto legal 19</p> <p>2.2 Contexto estratégico 21</p>	<p>III</p> <p>3 Análisis de la situación de la atención al enfermo oncológico en Castilla y León 26</p> <p>3.1 Estructura de la población en Castilla y León 27</p> <p>3.2 Factores determinantes de la salud 35</p> <p>3.3 Detección precoz 44</p> <p>3.4 Impacto del cáncer en Castilla y León 48</p> <p>3.5 Organización de los recursos sanitarios de atención al Cáncer en Castilla y León 63</p> <p>3.6 Actividad sanitaria vinculada a la atención al cáncer en Castilla y León 74</p> <p>3.7 Formación y docencia 81</p> <p>3.8 Investigación 84</p> <p>3.9 Sistemas de información 86</p>	<p>7 Anexos 166</p> <p>7.1 Bases metodológicas para la definición de la estrategia 167</p> <p>7.2 Acrónimos y abreviaturas 171</p> <p>7.3 Índice de figuras 175</p> <p>ANE</p>	<p>8 Bibliografía 178</p> <p>BIB</p>	<p>9 Agradecimientos 182</p> <p>AGR</p>

ÍNDICE/CONTENIDOS

La Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León siendo conscientes del impacto epidemiológico y social del cáncer, y de la mayor incidencia del mismo esperada para los próximos años, se ha planteado la elaboración de la Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León, como una oportunidad para avanzar en la mejora de los procesos de atención al paciente oncológico en la Comunidad, con el objetivo de abordar de forma global y multidisciplinar las actuaciones preventivas, asistenciales y de mejora de la calidad de vida necesarias para alcanzar unos resultados en salud que disminuyan la incidencia y la morbimortalidad del cáncer en Castilla y León.

El IV Plan de Salud de Castilla y León como instrumento estratégico superior para la planificación y dirección del Sistema de Salud de Castilla y León, que consolida nuestro sistema público de salud, basado en la universalidad, la equidad, la financiación pública y la concepción integral de la salud, contempla entre sus objetivos generales reducir la mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

La Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León -Estrategia ONCYL- cumple, por tanto, la misión de llevar a la práctica el desarrollo de los objetivos enunciados por el IV Plan de Salud y, también, sus objetivos específicos de avanzar en detección mejorando el seguimiento específico de la población con riesgo de padecer cáncer hereditario, consolidar los programas de diagnóstico precoz del cáncer implantados en la comunidad, proporcionar una atención sanitaria integrada e integral a los pacientes con cáncer, mejorar los sistemas de información y potenciar la investigación en los centros hospitalarios.

La Estrategia ONCYL parte de un análisis exhaustivo de la situación de la atención al enfermo oncológico en Castilla y León para plantear, posteriormente, el abordaje de los retos y cómo seguir avanzando en su atención, contando con la participación de las asociaciones de pacientes y de los profesionales sanitarios.

Precisamente, la participación y la humanización es uno de los aspectos que más se ha tenido en cuenta en la elaboración de esta Estrategia, constituyéndose un grupo de trabajo al respecto, de la misma manera que se crearon otros grupos de trabajo de Cirugía Oncológica, Cuidados Paliativos, Hematología,

PRESENTACIÓN Y SALUDO

Oncología Médica, Oncología Pediátrica y Oncología Radioterápica.

Todas las áreas sanitarias de Castilla y León y más de veinte centros asistenciales, a través de sus profesionales, conjuntamente con las asociaciones de pacientes realizaron sus aportaciones a la Estrategia ONCYL, habiendo seleccionado treinta y siete proyectos a desarrollar en los próximos años. Entre ellos, desde el punto de vista profesional, se apuesta por la innovación a través de la medicina predictiva y personalizada, y las técnicas de análisis de datos y, desde el punto de vista del paciente por potenciar su información y formación, y por una mayor participación en la toma de decisiones terapéuticas.

Desde la Consejería de Sanidad y Gerencia Regional de Salud, hacemos votos para que la Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León suponga un avance práctico y efectivo en la vida de los pacientes oncológicos.

Antonio M^a Sáez Aguado

Consejero de Sanidad. Junta de Castilla y León

PRÓLOGO

La presente Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León revela, ya en su denominación, al principal protagonista y objetivo de la misma: el ciudadano que, en nuestra Comunidad Autónoma, pueda ser diagnosticado y tratado por un proceso oncológico.

Por ello, en la elaboración de esta Estrategia, se ha puesto en marcha un procedimiento de cocreación con las Asociaciones de pacientes (Asociación Española Contra el Cáncer – AECC Castilla y León, y Asociación de Padres, Familiares y Amigos de Niños Oncológicos de Castilla y León- PYFANO) y con una amplia participación de los profesionales sanitarios que atienden estas enfermedades, para que el resultado final se ajuste a la realidad de sus preferencias y necesidades.

Por la misma razón, esta Estrategia también se ha denominado ONcyl, al considerar que ha sido construida por todas las personas involucradas en el proceso de atención al cáncer, en aras a la activación y puesta en marcha de todas aquellas iniciativas que redunden en una mejora en la calidad, innovación, eficiencia, equidad, y el futuro de la atención sanitaria de los pacientes oncológicos, en Castilla y León.

Las líneas Estratégicas de la Gerencia Regional de Salud 2015-2019 fueron establecidas desde la visión de que la asistencia sanitaria de Castilla y León fuese un referente en España, al asegurar su mejora continua con el apoyo a la formación de sus profesionales, al trabajo colaborativo, a la investigación y a la innovación. Derivadas de esta visión son cinco los grandes retos o áreas de trabajo planteadas por la Gerencia Regional de Salud –protagonismo e implicación de los profesionales con el sistema sanitario, innovación organizativa y mejora de las prestaciones, mejora y adecuación de las infraestructuras sanitarias, investigación e innovación, y nueva relación con pacientes y ciudadanos- que son ampliamente desarrolladas en la Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León.

La Estrategia ONcyl se vertebra entorno a seis ejes estratégicos, diecinueve líneas estratégicas y treinta y siete proyectos, que abarcan la prevención primaria y el diagnóstico precoz, la atención al cáncer en adultos, la atención al cáncer infantil y juvenil, el tratamiento radioterápico del cáncer, la participación ciudadana y la humanización, el impulso a los sistemas de información para la evaluación de los re-

sultados en salud, el apoyo a la investigación cooperativa multidisciplinar y en red, y asegurar una adecuada formación y motivación de los profesionales.

La evaluación es, también, otro elemento clave en esta Estrategia, para asegurar el correcto despliegue de los diferentes proyectos, y para velar por el cumplimiento de los objetivos propuestos. Para ello, se ha definido un cuadro de mandos que permita la medición de resultados y, por tanto, la mejora continua.

Finalmente, quiero manifestar mi sincero reconocimiento y agradecimiento a todas las personas que han participado en la elaboración de la Estrategia ONcyl, y, también, expresar mi deseo de que esta Estrategia sirva de herramienta para conseguir mejorar la salud y el bienestar de los pacientes oncológicos.

Rafael López Iglesias

Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

¿POR QUÉ UNA ESTRATEGIA REGIONAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN CASTILLA Y LEÓN?

1

LA OMS ESTIMA QUE UN TERCIO DE LOS CASOS DE CÁNCER SE PODRÍAN EVITAR SI SE ADOPTARAN MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y SE ACTUARA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO.

El cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto en la salud, siendo una de las principales causas de muerte y morbilidad de la población a nivel mundial. En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) es una de las enfermedades más prevalentes, constituyendo el primer motivo de defunción en los hombres y el segundo en las mujeres ^[1].

En Castilla y León, cada año se registran más de 16.500 casos nuevos de cáncer en la población adulta, de acuerdo con los datos ofrecidos por el Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad. En concreto, en el año 2014 la incidencia registrada fue de 16.827 casos. Igualmente, con relación al cáncer infantil se detectan anualmente alrededor de 50 casos nuevos, conforme a la información aportada por el Registro Poblacional de Tumores Infantiles de Castilla y León.

Además, en el año 2016, el cáncer fue responsable de 7.857 muertes en la Comunidad, de los que 4.769 eran hombres y 3.088 mujeres. La cifra total de fallecimientos por cáncer representaba ese año el 27,63% del total de muertes en la región ^[1]. Asimismo, en Castilla y León se estima que las personas que fallecen por tumores pierden por término medio 13,4 años de vida ^[1].

Entre los aspectos que caracterizan al cáncer se encuentra su heterogeneidad, ya que existen diferentes tipos de cáncer que, si bien tienen aspectos biológicos comunes, se ven afectados por varios factores de riesgo (riesgos medioambientales, hábitos de vida no saludables, ...) y presentan patrones de comportamiento distintos entre la población, ya sea por sexo o por edad.

De forma general, el cáncer puede afectar a todos los grupos de edad y estratos socioeconómicos de la población, si bien está más ligado por sus propias características al proceso de envejecimiento de las personas. A pesar de ello, los que en mayor medida afectan a la población infantil son los tumores del sistema nervioso central y médula espinal, las leucemias y los linfomas ^[2].

El proceso de envejecimiento en Castilla y León es mucho más intenso que en el conjunto de España. Mientras que en España el porcentaje de mayores de 64 años representa el 18,82%, en Castilla y León es del 24,75%. Además, ocurre el fenómeno del sobre-envejecimiento, es decir el porcentaje de población que tiene más de 84 años con relación a los que tienen 65 y más años, alcanza en la comunidad el 20,62%, siendo el promedio del Estado, del 16,02% ^[3].

Por otra parte, se estima que la supervivencia de los pacientes con cáncer en España es equiparable a la de los países de nuestro entorno, siendo del 53 % a los 5 años ^[4]. Cada vez son más los casos nuevos de cáncer que se detectan anualmente. De esta forma, en Castilla y León se diagnosticaron aproximadamente en el año 2017, 14.718 nuevos casos, de los que el 61,81% afectaron a hombres y el resto, 38,19% a mujeres, según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) ^[5].

Asimismo, en la detección de nuevos casos de cáncer también influyen la realización de programas de cribado para determinados tipos de cáncer y la aparición de nuevas tecnologías y técnicas de imagen que ayudan a mejorar el diagnóstico del cáncer, especialmente en órganos internos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que al menos un tercio de todos los casos de cáncer se podrían evitar si se adoptaran las medidas oportunas de prevención y se actuara sobre los factores de riesgo asociados a cada tipo de cáncer [6]. Los principales factores de riesgo modificables son: el índice de masa corporal elevado, el consumo insuficiente de frutas y verduras, el sedentarismo y el consumo de tabaco y alcohol.

Por otro lado, las Unidades de Consejo Genético son claves para la identificación de los factores hereditarios como factor de riesgo. En ellas se evalúa el riesgo personal y familiar de susceptibilidad hereditaria al cáncer y la posibilidad de realizar un diagnóstico molecular. Además, se estima el riesgo y se adecuan las estrategias para su reducción.

Para la detección de nuevos casos de cáncer, la Unión Europea, recomienda el cribado de los cánceres de colon y recto, mama, y cuello uterino. La actuación precoz en este ámbito de atención resulta relevante para mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes. En España, y en Castilla y León se llevan a cabo estos tres programas de cribado.

El proceso de valoración y diagnóstico se realiza fundamentalmente en el ámbito hospitalario. Para ello, se favorecen modelos organizativos que permiten la mejora de la coordinación entre los diferentes profesionales implicados, y se diseñan circuitos de diagnóstico rápido y caracterización del cáncer. Igualmente, se incorporan progresivamente nuevas técnicas y tecnologías para mejorar el diagnóstico y el tratamiento.

En los casos de mayor complejidad y dónde puede existir mayor variabilidad clínica, los pacientes son valorados por un comité de tumores de la patología correspondiente. Estos comités representan la principal herramienta organizativa en el ámbito hospitalario que hace posible el abordaje multidisciplinar para el estudio de los casos, y la valoración de las alternativas terapéuticas, decidiendo el plan terapéutico que mejor se adapta a las características del tumor y del paciente. El tratamiento puede conllevar cirugía, radioterapia, quimioterapia, rehabilitación, control del dolor, entre otras actuaciones clínicas.

Durante todo el proceso de atención al paciente oncológico, una vez que le ha sido diagnosticado el cáncer, es clave el apoyo emocional del paciente y su familia por todos los profesionales implicados en la atención de éste, precisando en ocasiones de atención psicológica. Es necesario acompañar a los pacientes y sus familias a lo largo del proceso de adaptación que supone vivir y convivir con la enfermedad, centrando la intervención en reducir el impacto emocional que supone el cáncer, y las repercusiones socio laborales y familiares que genera.

Posteriormente, gran parte de los pacientes inician un proceso largo de tratamiento y seguimiento en Atención Hospitalaria, con el soporte y coordinación de Atención Primaria y de las Unidades de Cuidados Paliativos (Unidades Hospitalarias de Cuidados Paliativos y Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos). En situaciones más avanzadas se tratará de que el paciente pueda permanecer en su

domicilio, si lo desea, ofreciéndole cuidados de calidad adaptados a las distintas fases de su proceso.

La atención a los pacientes con cáncer se convierte en un proceso largo y complejo que requiere un elevado consumo de recursos asistenciales, tanto por la implicación y dedicación de los diferentes profesionales que intervienen, como por el uso de la alta tecnología que se necesita y el elevado coste de los tratamientos farmacológicos. El cáncer también lleva implícita una carga socioeconómica para los pacientes, y sus familias, así como para la sociedad en su conjunto. Además, los pacientes sufren, entre otros aspectos, el impacto de posibles secuelas físicas y psíquicas, la repercusión en la vida laboral y el estigma social.

Por todo ello, la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León siendo conscientes de la problemática actual que el cáncer representa en nuestra sociedad y de la mayor incidencia del mismo esperada para los próximos años, se ha planteado la elaboración de la presente estrategia como una oportunidad para avanzar de la mano de sus profesionales, y de los pacientes, en la mejora de los procesos de atención al paciente oncológico en la Comunidad, con el objetivo de abordar de forma global y multidisciplinar las actuaciones preventivas, curativas y de mejora de la calidad de vida necesarias para alcanzar unos resultados en salud que disminuyan la incidencia y la morbilidad del cáncer en Castilla y León.

Para ello, se pretende alcanzar los siguientes objetivos específicos:

1. **Mejorar la información** y formación ofrecida a la población sobre el cáncer.
2. **Avanzar en la detección** temprana del cáncer.
3. **Procurar un diagnóstico rápido** y un tratamiento multidisciplinar coordinado, asegurando las medidas de soporte necesarias y el seguimiento del largo superviviente.

4. **Favorecer que pacientes y familiares tengan la mejor información** posible sobre la enfermedad y su pronóstico, así como, sobre las distintas opciones terapéuticas, sus posibles efectos adversos y el manejo de éstos, su impacto en la calidad de vida y los resultados esperados.

5. **Disponer de un sistema de información** avanzado que posibilite el análisis y evaluación de los resultados en salud y el coste efectividad de los tratamientos.

6. **Facilitar a los profesionales una formación** continuada especializada en el manejo del paciente oncológico.

7. **Promover la investigación** cooperativa y traslacional sobre el cáncer.

8. **Potenciar la colaboración** con las sociedades científicas y asociaciones de pacientes oncológicos, y con todos los agentes sanitarios.

Para alcanzar estos objetivos, es necesario contar con la participación e implicación de los profesionales del Servicio de Salud de Castilla y León, en la definición de una atención integrada a los pacientes con cáncer, que conlleve la coordinación de las competencias de los profesionales, el uso eficiente de las nuevas tecnologías y de los recursos que actualmente se encuentran disponibles. Se prestará especial atención al desarrollo de nuevos modelos de trabajo, en los que se potencien los equipos multidisciplinarios, la coordinación entre los diferentes especialistas del ámbito hospitalario, el trabajo en red y con los Equipos de Atención Primaria.

Se favorecerá la visión integral del paciente con el objetivo de incorporar aspectos que deben ser considerados durante el proceso de atención, como son: el control del dolor, la prevención y el manejo de los efectos secundarios del tratamiento, la adecuada nutrición de los pacientes, la rehabilitación precoz, y el apoyo emocional y/o psicológico. Se apoyarán iniciativas de innovación y de mejora continua promoviendo su incorporación en el proceso de atención del paciente oncológico en Castilla y León, garanti-

zando la formación continuada de los profesionales del sistema sanitario en los nuevos avances. En este sentido, será necesario evolucionar en el desarrollo de la medicina predictiva y personalizada, y en el uso de técnicas de big data que favorezcan la prevención y unos mejores resultados en salud.

En la elaboración de la presente estrategia se ha contado con la participación de más de 100 profesionales de diferentes perfiles asistenciales (médicos, enfermería, farmacéuticos hospitalarios, psicólogos clínicos, etc.), incluyendo también la participación de asociaciones de pacientes. Todos ellos han colaborado en el proyecto, a través de diferentes modalidades de participación, ya sea mediante entrevistas personales (se han realizado 17 entrevistas a profesionales) o bien en grupos de trabajo por área temática (7 grupos y 9 sesiones) y en talleres estratégicos (2 sesiones). Asimismo, han colaborado todas las áreas sanitarias de Castilla y León y cerca de 20 centros asistenciales.

En aquellos casos, en los que la redacción de la estrategia para aludir a términos genéricos utilice el género gramatical masculino, debe aclararse que se emplea únicamente con la finalidad de simplificar la redacción del documento y facilitar su lectura, entendiendo que alude tanto al género masculino como al femenino, en plenas condiciones de igualdad.

Ilustración 1 derecha. Estructura de la Estrategia de Atención al Paciente Oncológico.

Fuente: Elaboración propia.

CUESTIONES CLAVES

Situación actual de la atención al cáncer en Castilla y León

¿Qué tipos de cáncer impactan más en Castilla y León? ¿Cuales son las proyecciones futuras?
¿Qué estructura organizativa de prevención y detección precoz existe en Castilla y León?
¿Los recursos organizativos son suficientes? ¿Existen carencias?

Identificación de oportunidades de mejora del modelo actual de atención al paciente oncológico

¿Qué se ha hecho a nivel nacional frente al cáncer?
¿Cómo se puede mejorar el modelo asistencial actual?
¿Hacia dónde debe evolucionar el nuevo modelo que se propone para Castilla y León?

Definición de líneas de actuación de la Estrategia de atención al paciente oncológico

¿Cuáles son las bases sobre las que se sustenta la Estrategia: misión, visión, principios...?
¿Cómo es el proceso normalizado de atención al cancer en Castilla y León?
¿Qué línea estratégicas, proyectos y acciones articulan la Estrategia?

Modelo de adopción y puesta en marcha

¿Cómo se va a llevar a cabo el seguimiento de la implantación de la Estrategia?
¿Cuál es el horizonte y la dedicación de recursos requeridos para la implantación de la estrategia?
¿Cómo se llevará a cabo la comunicación de la estrategia?

MARCO NORMATIVO 2

EL IV PLAN DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN DEFINE OBJETIVOS VINCULADOS A LA INVESTIGACIÓN, PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL AMBIENTE DE TRABAJO, REDUCCIÓN DE MORTALIDAD DEL CÁNCER, Y LA ORIENTACIÓN AL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO.

2.1 CONTEXTO LEGAL

Dentro del marco legislativo estatal, la Ley General de Sanidad, del 25 de abril de 1986, pretende mediante el desarrollo de la regulación general garantizar el derecho a la protección de la salud que reconoce el artículo 43 y concordantes de la Constitución. Para ello, la Ley otorga el protagonismo y la suficiencia a las Comunidades Autónomas para diseñar y ejecutar una política propia en materia sanitaria. Asimismo, en su artículo 3, establece la aprobación de planes de salud, tanto por parte del Estado como de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias.

En el contexto definido por la asunción de competencias sobre sanidad establecidas en el artículo 74 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, la Ley 1/1993, de 6 de abril, de ordenación del Sistema Sanitario, tenía por objeto la regulación general de las actividades sanitarias en la Comunidad, la constitución del Sistema de Salud autonómico y la creación de la Gerencia Regional de Salud, como instrumento institucional para la gestión de las competencias y recursos encomendados. Dicha norma fue derogada por la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, la cual define en

la actualidad las funciones de aprobación de planes, directrices y criterios de gestión y actuación de la Gerencia Regional de Salud. En particular, dicha norma sitúa el Plan de Salud regional como instrumento estratégico superior, y marco para otras políticas y estrategias sanitarias específicas de intervención de la Comunidad Autónoma.

Para dar respuesta adecuada al problema de salud que representa el cáncer en la región se ha elaborado la Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico de Castilla y León.

ORIENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES DE SALUD Y PROGRAMAS SANITARIOS ESPECIALES

01

Enfocarse en los problemas de salud más prevalentes, más relevantes, y/o a los que supongan una especial carga sociofamiliar

02

Atender a grupos específicos de pacientes reconocidos sanitariamente como de riesgo, grupos de personas con especial vulnerabilidad, y/o enfermos crónicos e invalidantes

03

Incidir en problemas que, por sus especiales características deban abordarse con una perspectiva de intervención regional, garantizando una atención sanitaria integral

Ilustración 2 arriba.
Orientación de las Estrategias regionales de salud y programas sanitarios especiales.

Fuente: Artículo 54 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.

2.2 CONTEXTO ESTRATÉGICO

La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, elaborada inicialmente en el año 2006 y actualizada en el año 2009, es un documento de consenso que marca la dirección y objetivos en el conjunto del Estado en el abordaje de dicha enfermedad. Esta iniciativa consta de 29 objetivos, recogidos en 7 líneas estratégicas que abarcan toda la cadena de valor de la atención al cáncer.

A nivel autonómico, algunas comunidades han definido planes específicos de actuación contra el cáncer, estando actualmente vigentes los de Euskadi (2018-2023), Extremadura (2017-2021) y Cataluña (2015-2020).

Ilustración 3 abajo.
Líneas estratégicas de la Estrategia en Cáncer del SNS (Actualización 2009) Castilla y León.

Fuente: Estrategia del Cáncer del SNS. 2010.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA ESTRATEGIA EN CÁNCER DEL SNS (ACTUALIZACIÓN 2009)

01

Promoción y protección de la salud

02

Detección precoz (cáncer de mama, útero y colorrectal)

03

Asistencia a adultos

04

Asistencia a la infancia y adolescencia

05

Paliativos (Objetivos coincidentes con la Estrategia en Cuidados Paliativos. SNS)

06

Calidad de vida

07

Investigación

El **Plan Oncológico de Euskadi** (2018 -2023) se centra en las necesidades de la persona con cáncer a lo largo de todo su proceso asistencial, tanto las físicas como las emocionales, y en ofrecer una respuesta integral desde un punto de vista multidisciplinar. Para ello, la orientación estratégica del plan aborda 5 grandes ámbitos: la acción intersectorial en oncología mediante la promoción de entornos saludables y programas de diagnóstico precoz poblacionales, los sistemas de información, el modelo asistencial, la medicina personalizada y la investigación e innovación.

Por su parte, el **Plan Integral del Cáncer en Extremadura** (2017-2021), centra sus objetivos en reducir la incidencia y la morbimortalidad asociada al cáncer, así como mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Asimismo, pretende dar continuidad a las estrategias iniciadas en el Plan anterior (Plan Integral del Cáncer en Extremadura 2013-2016), para alcanzar una atención integral y también dar prioridad a la mejora de la información a la ciudadanía y los profesionales, así como la reducción de inequidades. Esta estrategia estructura su modelo de actuación en 5 bloques (protección y promoción de la salud, prevención del cáncer, asistencia al cáncer en adultos, asistencia al cáncer infantil y juvenil, calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias e instrumentos de apoyo a la atención del cáncer).

A su vez, el **Plan Contra el Cáncer en Cataluña** (2015 -2020) se centra en desarrollar una visión integrada, coordinada y vinculada a las prioridades preventivas y asistenciales definidas de acuerdo con las necesidades identificadas, atendiendo a la situación epidemiológica y las tendencias de incidencia y mortalidad previsibles en el período de actuación del plan. De este modo, se establecen 5 ejes de acción (prevención primaria, cribado, atención oncológica, sistemas de información e investigación) en torno a los cuales se estructuran los diferentes objetivos y medidas definidos.

Otras comunidades autónomas como Asturias y Madrid están trabajando en el desarrollo de sus estrategias de atención a pacientes oncológicos.

En Castilla y León, el IV Plan de Salud de Castilla y León establece las directrices que marcan el rumbo de actuación de la Junta de Castilla y León en la atención a la salud de sus ciudadanos. Dicho plan estructura sus objetivos en 5 áreas de intervención, de las cuales 4 tienen contemplado algún objetivo en materia de atención del cáncer. Los objetivos están vinculados explícitamente a la investigación, protección de la salud en el ambiente de trabajo, reducción de mortalidad de las enfermedades elegidas como prioritarias, entre las que se encuentra el cáncer, y la orientación al paciente durante la atención y tratamiento.

Este plan da continuidad a algunas medidas de prevención secundaria establecidas en planes anteriores, como los programas de cribado de cáncer colorrectal. Adicionalmente, y fruto de la evolución de las necesidades y retos en este ámbito, se han incorporado otras medidas, como mejorar la oferta de cirugía reconstructiva inmediata en el caso de pacientes con cáncer de mama.

Entre las iniciativas de ámbito autonómico que condicionan u orientan aspectos relevantes de la atención al paciente oncológico en Castilla y León, cabe destacar las siguientes:

Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020.

El objetivo general es mejorar el bienestar y aliviar el sufrimiento de los pacientes con necesidad de cuidados paliativos, al detectar y tratar de forma precoz las posibles complicaciones asociadas a su enfermedad basal, teniendo en cuenta una valoración integral de la persona y su familia durante el seguimiento de su enfermedad.

Proceso Asistencial Integrado: Cuidados Paliativos de Castilla y León. Junio 2017.

La misión del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos es prestar una atención integral y centrada en la persona, y sus familiares, con necesidad de cuidados paliativos, de acuerdo con sus necesidades, poniendo especial énfasis en la mejora de la calidad de vida, incrementando la participación activa en los cuidados tanto del paciente como de la familia, así como de los profesionales involucrados en la atención.

Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León 2013 - 2016.

Su principal finalidad es mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, a través de una atención integral de calidad, fomentando la continuidad asistencial ajustada al nivel de necesidades de cuidados y en coordinación con los servicios sociales en un entorno de sostenibilidad.

Documento de consenso para la optimización y mejora de la Oncología Radioterápica en la Comunidad de Castilla y León. Mayo de 2016.

Este documento se propone definir las medidas necesarias para optimizar la prestación de la Oncología Radioterápica, y con ello, la atención integral y holística del paciente oncológico de Castilla y León. Para ello, se lleva a cabo una revisión de la oferta radioterápica en Castilla y León para conocer las necesidades existentes a medio plazo, de acuerdo con la última evidencia científica y nuevas recomendaciones (Proyecto ESTRO/HERO y comunicaciones de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica - SEOR).

Plan Estratégico de Investigación Biomédica y Ciencias de la Salud de Castilla y León 2011- 2013.

La meta principal es mejorar la coordinación y la articulación de los agentes públicos y privados del sistema de investigación e innovación para fomen-

tar la actividad y la calidad investigadora, además de potenciar el espíritu emprendedor y su capacidad de innovación en el sector biomédico.

Estrategia Regional de Investigación e Innovación para una Especialización Inteligente (RIS3) de Castilla y León 2014-2020.

En el contexto europeo, la Comisión Europea plantea la especialización inteligente como una condición previa para las inversiones en dos objetivos clave de la Política de Cohesión para el periodo 2014-2020: I+D+i y Sociedad de la Información.

Dentro de este entorno, la RIS 3 es el documento de planificación regional de la I+D+i y de la Sociedad de la Información para los años 2014 a 2020, basado en potenciar las áreas de especialización tecnológicas y de conocimiento que permitan la mejora de la competitividad y de las capacidades existentes.

Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente 2012 – 2015.

Por su parte, este plan persigue facilitar el despliegue de las líneas estratégicas y los objetivos decididos por la Gerencia Regional de Salud relacionados con la gestión de la calidad y la mejora de la seguridad del paciente para promover la mejora de la calidad y contribuir a la sostenibilidad disminuyendo los “costes de la no calidad”.

Oncoguías.

La Consejería de Sanidad ha impulsado el desarrollo de documentos que sirvan de referencia para el abordaje de diferentes tipos de cáncer en la Comunidad. Las oncoguías se basan en la metodología de gestión por procesos y tienen como objetivo mejorar todo el proceso de atención, en los diferentes niveles asistenciales, de los pacientes que padecen un determinado cáncer. El “proyecto oncoguías” nace en el año 2003, con la elaboración inicialmente de 5 documentos y la participación de un gran número

ro de profesionales de distintas especialidades y procedentes de todas las áreas de la Comunidad. Posteriormente, se ha continuado con la elaboración de nuevos documentos, existiendo actualmente 11 oncoguías, que versan sobre los principales tipos de cáncer, como son: el cáncer de mama, el cáncer colorrectal, el cáncer de cuello uterino y el cáncer de pulmón, entre otros.

Asimismo, también se han tenido en cuenta los planes, recomendaciones y documentos de consenso establecidos por las sociedades científicas de referencia como la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas (SEHOP) y la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR).

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO ONCOLÓGICO EN CASTILLA Y LEÓN 3

LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN ESPAÑA SE SITÚA EN UN 52% A LOS 5 AÑOS.

3.1 ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN

3.1.1 ESTRUCTURA POBLACIONAL

La población de Castilla y León, sexta comunidad autónoma más poblada de España, está disminuyendo desde hace años y se prevé que continúe dicha tendencia en el futuro, a un ritmo de decrecimiento mayor que la media nacional. Ello se debe, en parte, a la diferencia que existe entre el número de nacimientos y el de defunciones (saldo vegetativo) que tiende a incrementarse a favor de los segundos. A la pérdida de población en Castilla y León también contribuye un saldo migratorio negativo, tanto entre autonomías como a nivel internacional.

A este efecto se le suma una elevada esperanza de vida, que se encuentra entre las tres más altas de España tanto al nacer como a los 65 años, favoreciendo todo ello un proceso de envejecimiento progresivo que sitúa a Castilla y León como la tercera comunidad autónoma más envejecida de España.

Teniendo en cuenta que la población que migra es la más joven, que se corresponde con la que en general tendría que tener descendencia, es esperable un incremento en la tendencia de envejecimiento y decrecimiento de población en Castilla y León respecto a las ratios nacionales.

Asimismo, a Castilla y León se le añade la complejidad de la elevada dispersión territorial que existe en la Comunidad, donde casi 9 de cada 10 municipios tiene menos de 1.001 habitantes, siendo la región con mayor extensión territorial de España y la tercera con menor densidad territorial.

Evolución y pirámide poblacional

En el año 2017 la población de Castilla y León era de 2.425.801 habitantes, lo que representaba el 5,21% de la población española y la situaba como la sexta comunidad autónoma con mayor población.

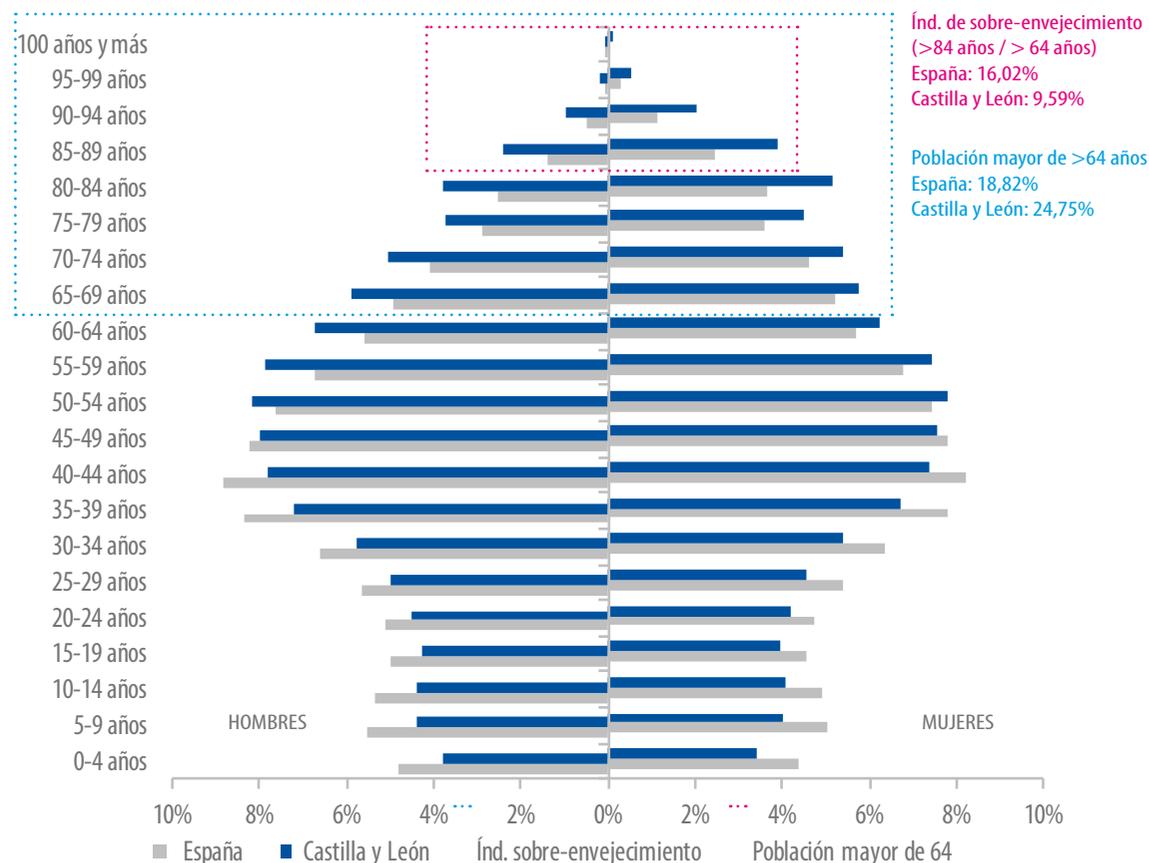
El análisis comparado de la estructura de la población en Castilla y León con la media española muestra una población envejecida en ambos casos, pero más en la Comunidad. De esta forma, mientras que en España el porcentaje de mayores de 64 años representa el 18,82%, en Castilla y León es del 24,75%. Además, se está produciendo el envejecimiento del envejecimiento, es decir el porcentaje de población que tiene más de 84 años con relación a los que tienen 65 y más años, alcanza en la comunidad el 20,62%, siendo el promedio del estado español, del 16,02%.

Igualmente, el proceso de envejecimiento se puede apreciar en la pirámide de población que muestra como el grueso de la población se concentra significativamente en los tramos medios de edad, previéndose la incorporación progresiva de éstos a los tramos de mayor edad con el paso del tiempo. Asimismo, se observa como la pirámide se va estrechando en la base, reduciéndose por tanto los tramos de edad más jóvenes.

En los próximos años, de acuerdo con las proyecciones de población se prevé que, tanto en Castilla y León como en el conjunto de España, la población total siga una tendencia decreciente, produciéndose un incremento progresivo de la población mayor de 64 años frente a una disminución de los menores de 16 años.

Ilustración 4 izquierda. Pirámide poblacional de Castilla y León y España. Año 2017.

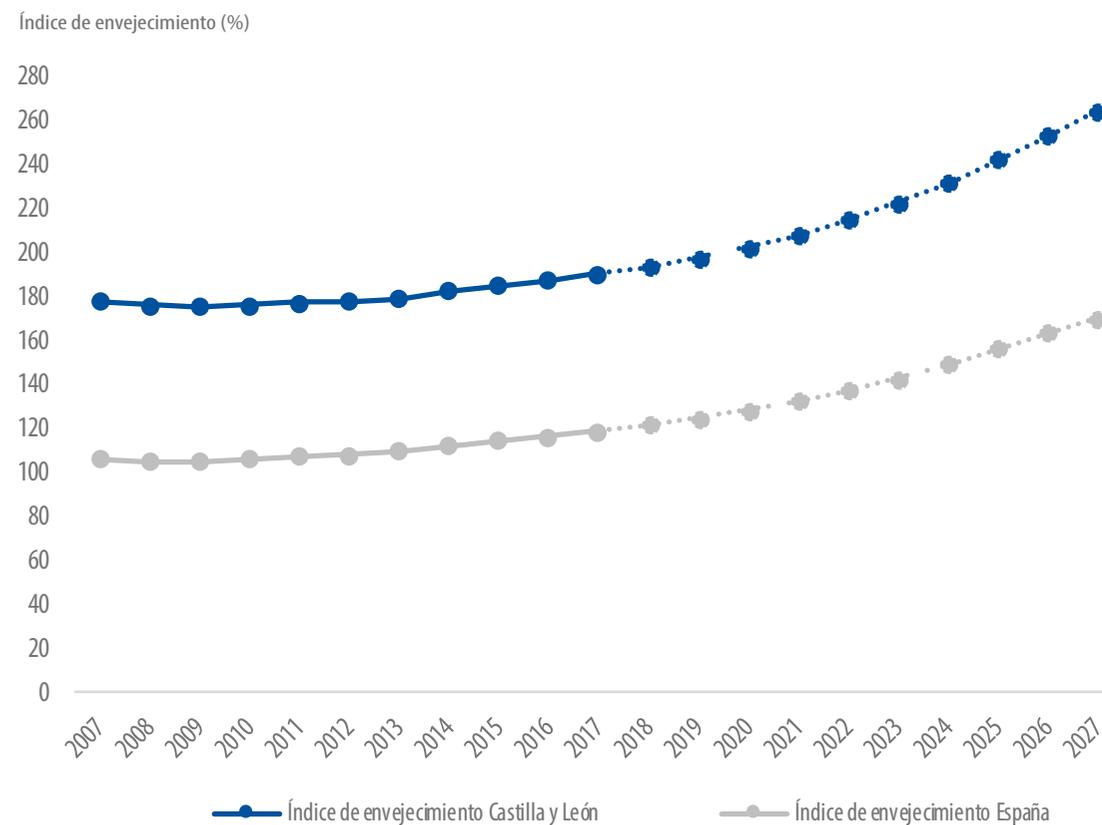
Fuente: INE.



También, se prevé que en los próximos años la población total en Castilla y León siga disminuyendo, esperándose que en el año 2027 la pérdida de población con relación al 2017 sea de 178.053 habitantes. A ello contribuye principalmente la evolución del saldo vegetativo, que desde el año 1988 es negativo en la comunidad. De esta forma, el número de defunciones anual supera al número de nacimientos, falleciendo en el año 2016, 1,70 personas por cada una nacida viva. Se espera que esta tendencia continúe en el futuro, previéndose para el año 2027, 2,26 fallecidos por cada nacimiento.

Ilustración 5 abajo. Evolución y proyecciones a 10 años del índice de envejecimiento en Castilla y León y España. Años 2007 - 2027

Fuente: INE. Factores determinantes de la salud.



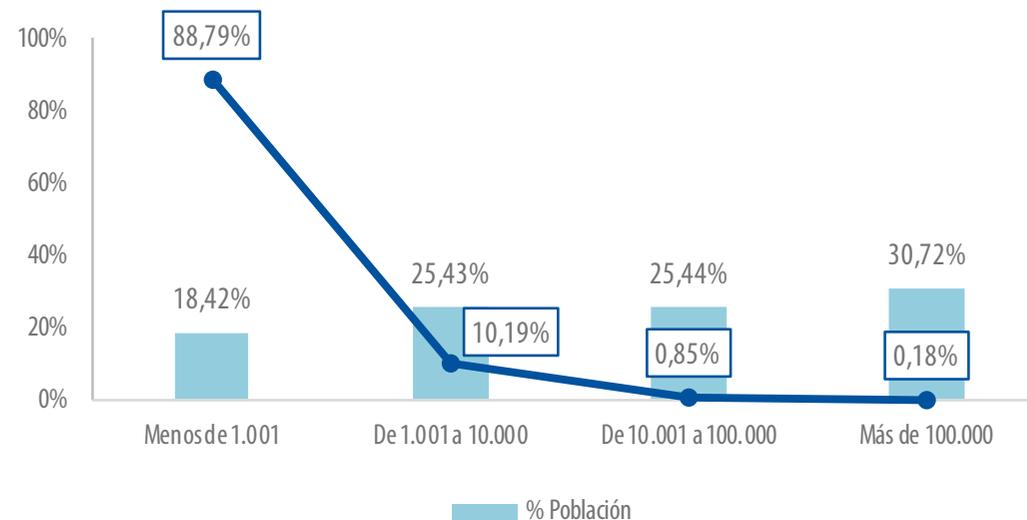
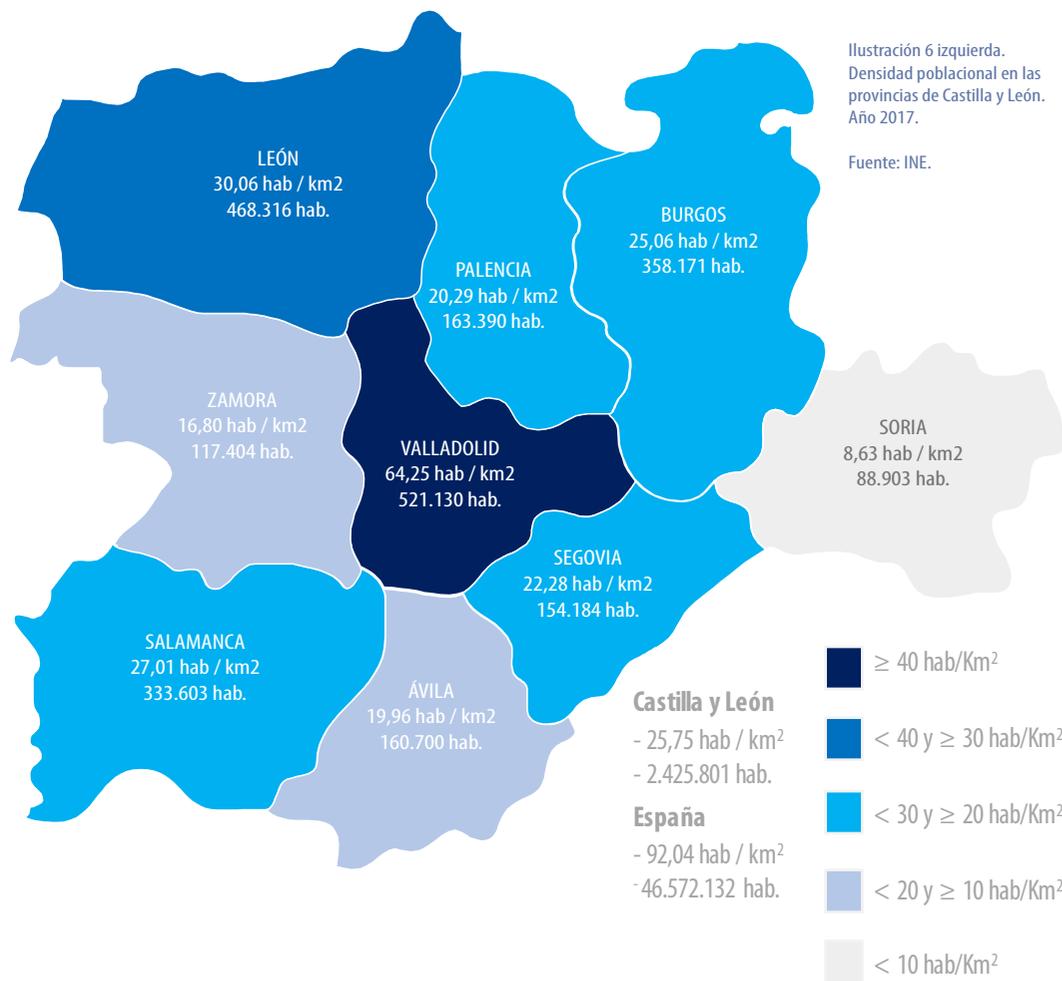
Densidad y dispersión

La densidad de población de Castilla y León en el año 2017 era de 25,75 hab./km², cifra muy por debajo de la media nacional, la cual se sitúa en 92,04 hab./km². En este sentido, debe tenerse en cuenta que Castilla y León es la comunidad autónoma con mayor extensión territorial de España, abarcando 94.224 km².

A nivel interno existen diferencias significativas entre las provincias de Castilla y León, siendo Valladolid la que presenta la mayor densidad con 64,25 hab/km² y Soria la provincia con menor densidad, con 8,63 hab./km², ambos por debajo de la media nacional.

En Castilla y León, al igual que ha ocurrido en otras comunidades, ha habido una despoblación de las zonas rurales hacia las capitales de provincia o ciudades de mayor población.

De esta forma, el 30,72% de la población se concentra en ciudades de más de 100.000 habitantes y el 25,44% en municipios de entre 10.001 y 100.000 habitantes. En cambio, el 43,85% de la población reside en núcleos poblacionales de 10.000 habitantes o menos, los cuales representan el 98,98% del total de los municipios de la Comunidad.



3.1.2 ESPERANZA DE VIDA

A nivel mundial, España es uno de los países con mayor esperanza de vida al nacer, siendo en el año 2015 de 83,0 años, ocupando junto con Suiza, la segunda posición en el ranking de los 10 países de la OCDE con mayor esperanza de vida al nacer, solamente superada por Japón, con 83,90 años.

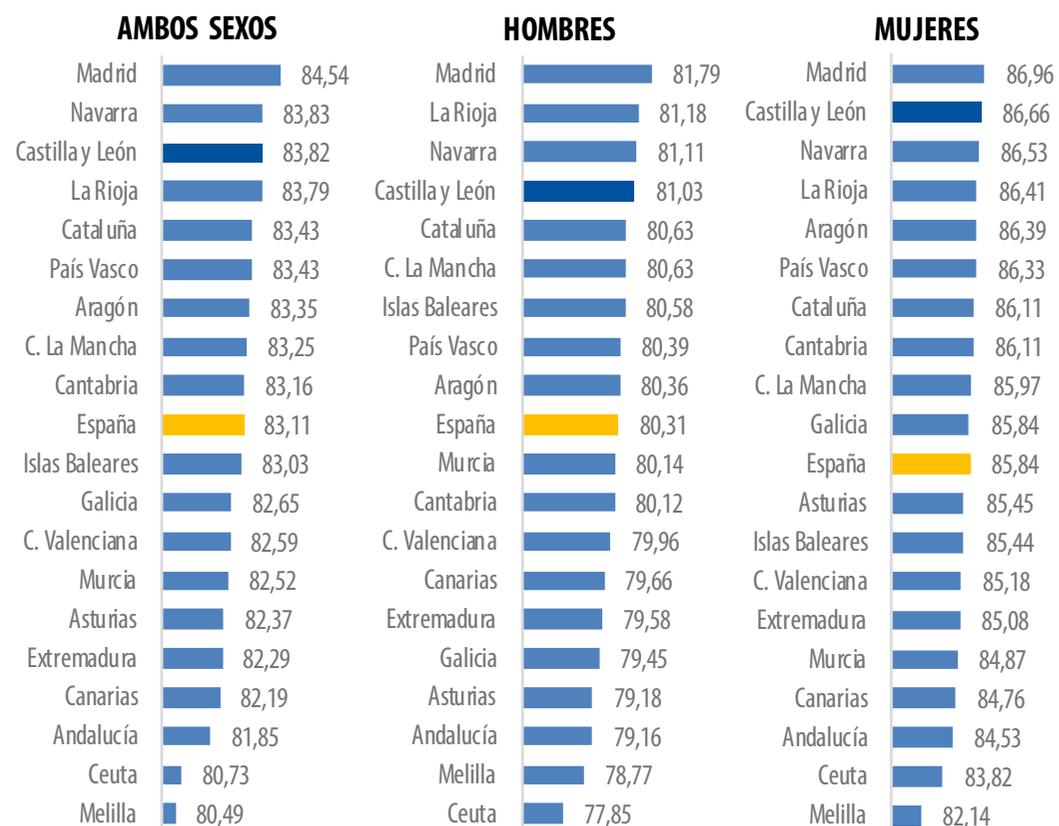
Si se analiza la evolución de la esperanza de vida al nacimiento en las últimas décadas se observa un crecimiento significativo, siendo en Castilla y León para el año 2016 de 83,82 años ligeramente superior a la media nacional que era de 83,11. Al incremento de la esperanza de vida han contribuido la mejora de las expectativas de calidad de vida de las personas de mediana y mayor edad, cuyas tasas de mortalidad se han reducido con el consiguiente aumento proporcional de estos segmentos de edad en el conjunto de la población.

Ilustración 8 abajo.
Esperanza de vida al nacer por CC.AA., según sexo. Año 2016.

Ilustración 9 derecha.
Esperanza de vida a los 65 años por CC.AA., según sexo. Año 2016

Fuente: INE.

Fuente: INE.

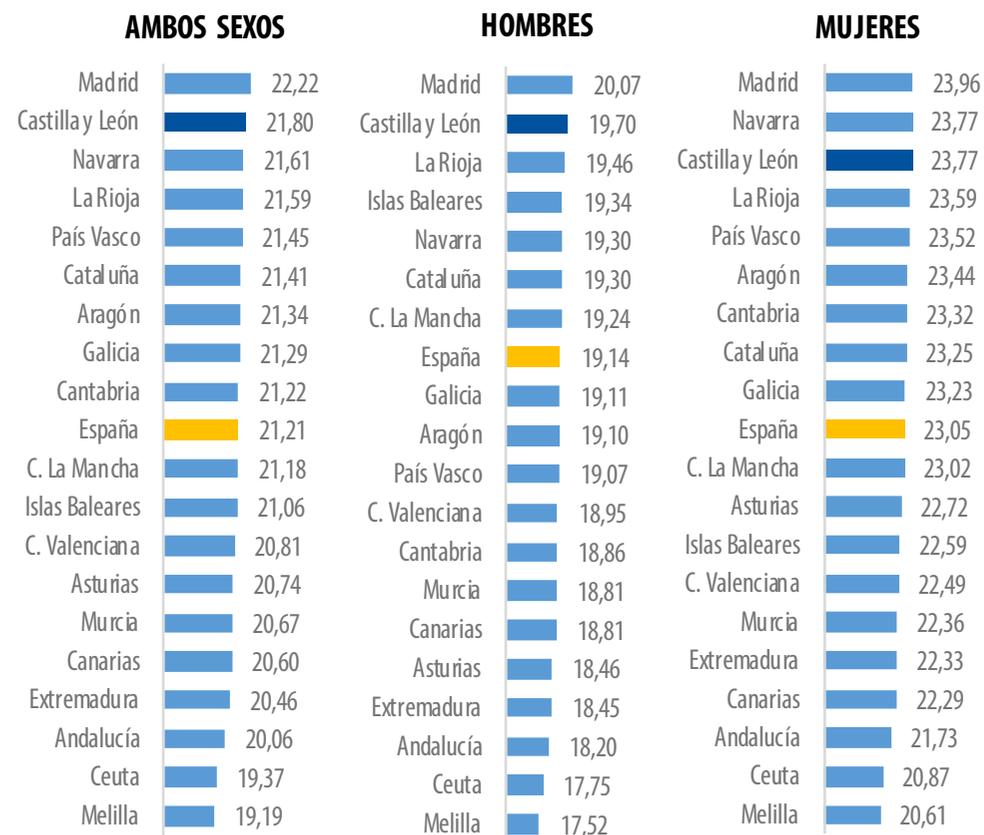


Igualmente, la esperanza de vida de los hombres al nacimiento en Castilla y León era de 81,03 años, mientras que la de las mujeres alcanzaba los 86,66, siendo la brecha de género de 5,63 años, la cual con el paso del tiempo es cada vez menor.

Se prevé que la esperanza de vida continúe creciendo en los próximos años, de tal forma que para el año 2027 en Castilla y León, los hombres alcancen los 82,49 años y las mujeres los 87,22, habiéndose reducido la diferencia entre ambos a 4,72 años.

Por lo que se refiere a la esperanza de vida a los 65 años, el crecimiento ha sido incluso más acentuado. Así, ha aumentado un 5,34% entre el año 2007 y el año 2016 hasta alcanzar los 21,80 años de media en

Castilla y León, dato sólo superado por la Comunidad de Madrid. Por sexo, la esperanza de vida a los 65 años en hombres en 2016 era de 19,70 años entre la población de Castilla y León, mientras que para mujeres era de 23,77 años. Las proyecciones a nivel nacional plantean igualmente un aumento de la esperanza de vida a los 65 años del 7,08% en hombres y un 5,18% en mujeres en el período entre 2016 y 2027.



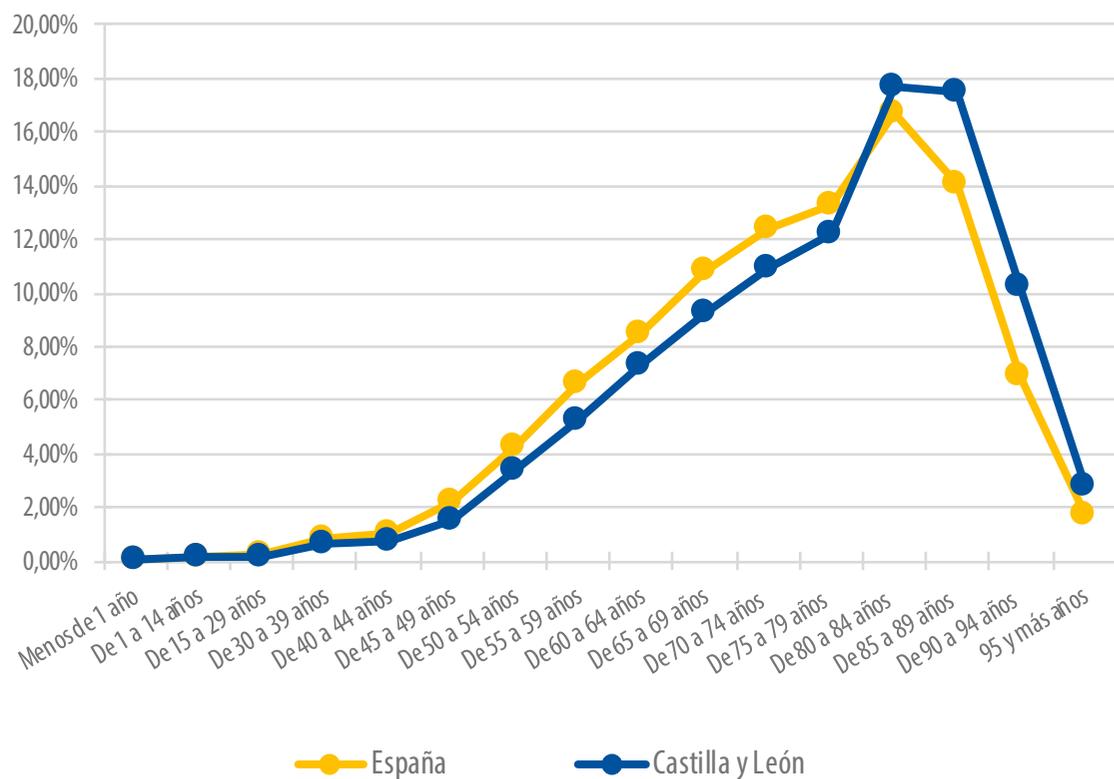
3.1.2 ESPERANZA DE VIDA

El incremento de la edad es el principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer, ya que a medida que se envejece se acumulan los efectos de la exposición a lo largo de la vida a diferentes factores de riesgo, a la vez que se produce una pérdida paulatina de la eficacia de los mecanismos de reparación celular.

En el año 2016, en España murieron a consecuencia del cáncer 112.939 personas, de las que 7.857 lo hicieron en Castilla y León. El análisis comparado de esta mortalidad por grupos de edad refleja que mientras en edades inferiores la distribución en Castilla y León es similar a la nacional, a partir de los 40 se observa como porcentualmente la mortalidad es

mayor a nivel nacional entre los grupos de 40 a 79, mientras que a partir de los 79 es mayor en Castilla y León, como consecuencia de un mayor envejecimiento poblacional en la Comunidad.

La mayor mortalidad en Castilla y León por cáncer se concentra en la población que tiene entre 80 y 89 años, con una diferencia significativa entre los grupos de edad anteriores y posteriores.



3.2 FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

La OMS constata que al menos un tercio de todos los casos de cáncer se podrían reducir si se modificaran determinados factores de riesgo [6]. En este sentido, la OMS, a través de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (International Agency for Research on Cancer, IARC) y con la colaboración de la Comisión Europea publicó en el año 2014 la cuarta edición del **Código Europeo Contra el Cáncer** [7]. Este código establece 12 recomendaciones orientadas a la adopción por parte de los ciudadanos de estilos de vida más saludables, así como al desarrollo de otras actividades preventivas como la vacunación frente a la hepatitis B en los recién nacidos y el virus del papiloma humano (VPH) en las niñas. De esta forma, el código se constituye como una herramienta clave para la prevención del cáncer, tanto de forma individual para los ciudadanos como para las autoridades sanitarias, las cuales disponen de un marco de referencia para el diseño de sus planes de actuación en el ámbito de la prevención frente al cáncer.

El Ministerio de Sanidad y Consumo dentro de su revisión sobre la situación del cáncer en 2005 [8] recoge la siguiente clasificación de los factores de riesgo:

Factores de riesgo no modificables, como la edad, el sexo o la predisposición genética.

Factores de riesgo modificables, relacionados con los hábitos y estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol, hábitos alimenticios no saludables, etc.) y factores exógenos, vinculados a elementos ambientales y/o a la actividad laboral, así como a determinadas enfermedades infecciosas.

No todos los factores de riesgo afectan de igual forma a los diferentes tipos de cáncer. Así, por ejemplo, en el cáncer de mama existen muchos más factores de riesgo que en otras tipologías.

A continuación, se detallan los factores de riesgo más relevantes a los que se expone la población.

Ilustración 10 izquierda. Distribución muertes por cáncer por grupos de edad, en España y Castilla y León. Año 2016.

Fuente: INE.

Factores de riesgo		Cáncer de mama	Cáncer de pulmón	Cáncer colorrectal	Cáncer de próstata
No modificables	Sexo	✓			
	Edad	✓	✓	✓	✓
	Antecedentes familiares	✓	✓	✓	✓
	Antecedentes personales	✓	✓		
	Predisposición genética			✓	
	Estrógenos	✓			
Modificables	Tabaco	✓	✓		
	Alcohol	✓			
	Sobrepeso u obesidad	✓			
	Dieta			✓	✓
	Sedentarismo	✓			
	Elementos ambientales y/o actividad laboral		✓		
	Radiación	✓			
	Riesgos asociados a la terapia hormonal sustitutiva	✓			

Ilustración 11 arriba. Factores de riesgo asociados algunos tipos de cáncer.

Fuente: Sacyl.

3.1.2 ESPERANZA DE VIDA

Consumo de tabaco y mortalidad asociada

El tabaco es el principal factor de riesgo de enfermedades y discapacidad en países con mayor desarrollo económico, por encima del alcohol, el sobrepeso y la hipertensión.

La OMS considera el tabaquismo como el principal factor de riesgo en la aparición de casos de cáncer, estando vinculado al 22% de las muertes por cáncer a nivel mundial. Este factor es especialmente rele-

vante en los cánceres de vías respiratorias: según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, entre el año 2010 y 2014, el consumo de tabaco en España se relacionó con un 33,10% de las muertes por cáncer de pulmón, lo que supone 85.762 defunciones en total.

En la Encuesta Nacional de Salud del año 2012 elaborada por el INE, se indica que en España hay 17.999.500 personas que están o estuvieron expues-

tas al tabaco, el 46,54% del total de la población. En el mismo año, en Castilla y León este grupo representaba el 41,19% de la población, 5,35 puntos porcentuales (p.p.) menos que la media nacional. Este cálculo incluye fumadores tanto habituales como ocasionales y exfumadores, pero no contempla a los fumadores pasivos por lo que el número podría ser mayor.

En el año 2015, un 28,90% de la población de Castilla y León consumía tabaco a diario, según datos del Comisionado Regional para la Droga. Este porcentaje es 2,6 p.p. menor que en 2008, siendo más acentuado el descenso en hombres, (3,4 p.p.), que en mujeres, (1,9 p.p.). Entre los años 2008 y 2015 también se ha producido un retraso medio de cerca de 5 meses en la edad de las primeras experiencias con el tabaco en la adolescencia, situándose la edad de inicio en el consumo de tabaco en los 13,70 años.

El Estudio de Hábitos y Estilos de Vida de la Población Joven de Castilla y León para el curso escolar 2015/2016, refleja que el 76,3% de los chicos adolescentes no ha fumado nunca, mientras que este porcentaje es del 68,7% en el caso de las chicas. A pesar de ello, las chicas presentan con mayor frecuencia un hábito tabáquico ocasional (fuman esporádicamente o solo los fines de semana), mientras que en los chicos es más común que fumen a diario. En este sentido, se constata, que el hábito es más acusado en los chicos, el 24,6% fuma entre 6 y 10 cigarrillos diarios y el 7,5% más de 11, frente al 12,3% y 1,3% respectivamente en las chicas.

Por lo que se refiere a los fallecimientos relacionados con el consumo de tabaco, se estima que, en el año 2016, en España se produjeron alrededor de 52.000 defunciones. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las muertes por cáncer en España vinculadas a tabaquismo entre 2010 y 2014 ascendieron al 49,90%, 5,90 p.p. más que en el período 2000-2004, siendo el cáncer de pulmón

la tipología de cáncer más común al representar el 66,35% del total de decesos por cáncer asociado al consumo de tabaco. La pérdida media de años de vida estimada para un fumador habitual es de 10 años.

Las muertes por cáncer de pulmón y vías respiratorias en Castilla y León, entre la población de 35 o más años en el año 2014 fueron de 1.277, de las que el 83,00% eran atribuibles al tabaquismo. Por otro lado, las defunciones por otros tumores como labio, boca, faringe, esófago, cuello de útero, vejiga y riñón fueron de 1.498 en el mismo año, de las cuales el 37,90% estaban relacionadas directamente con el consumo de tabaco.

Estrategias, campañas y políticas de lucha contra el tabaco.

Desde el año 2003 la OMS ha llevado a cabo un programa para implementar políticas de prevención frente al tabaquismo, figurando como primera medida en el Código Europeo Contra el Cáncer. En 2016 casi dos terceras partes de la población mundial, 4.700 millones de personas, estaban protegidas frente al tabaco por al menos una política de prevención, 3.600 millones de personas más que en 2006, lo que supone un aumento del 327,27% en 11 años.

En España, la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, representó un avance significativo en la prevención del tabaquismo al establecer la prohibición de fumar en espacios públicos, así como promover el desarrollo de medidas para la deshabituación tabáquica y la promoción de la salud.

Asimismo, el Ministerio de Sanidad y Política Social desarrolló la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2009-2016, la cual sirve de marco de referencia en el ámbito estatal para el abordaje del

fenómeno de la drogadicción. En dicha estrategia se contemplaba el desarrollo de dos planes de acción sobre drogas en periodos consecutivos. En este sentido, el segundo plan correspondiente a los años 2013 a 2016, incorporaba medidas para el control del acceso a las drogas legales (tabaco y alcohol), así como una intensa vigilancia sobre las normativas de publicidad de estas sustancias.

Por su parte, la Junta de Castilla y León aprobó en el año 2017 la puesta en marcha del VII Plan Regional sobre Drogas para el periodo 2017-2021, con una dotación de 48 millones de euros. Este plan se vertebra en cuatro objetivos generales en el ámbito de las drogas, en los cuales se incluyen objetivos específicos vinculados al consumo de tabaco.

Ilustración 12 abajo. Objetivos generales del VII Plan Regional Sobre Drogas 2017-2021.

Fuente: "VII Plan Regional Sobre Drogas 2017-2021". Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Ilustración 13 derecha. Consumo de bebidas alcohólicas en los hogares de Castilla y León. Años 2008 y 2015.

Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Comisionado Regional para la Droga. 2008 – 2015.

OBJETIVOS GENERALES DEL VII PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS 2017-2021

- 01 Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, hipnosedantes, cannabis y otras drogas
- 02 Reducir los riesgos y daños para la salud y la sociedad derivados del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales
- 03 Potenciar la participación social y optimizar la coordinación y cooperación institucional entre los diferentes agentes implicados
- 04 Promover la formación, investigación y evaluación en materia de drogodependencias

3.2.2 ALCOHOL

Consumo de alcohol

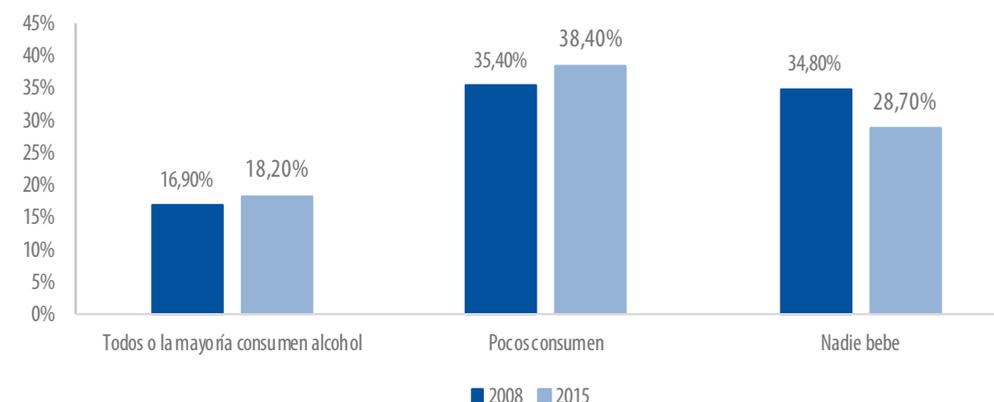
Estudios como Rehm J et al, 2012, y Taylor B et al, 2010 demuestran una relación directa entre la cantidad promedio de alcohol consumida y el riesgo de cirrosis, cáncer hepático, pancreatitis y otras enfermedades del tracto digestivo [9] [10]. La evidencia publicada en artículos como Sarasa-Renedo et al, 2014, sugiere que incluso las dosis bajas pueden aumentar el riesgo de cáncer faríngeo, esofágico (con dosis inferiores a 10 g/día), de laringe, colorrectal, pancreático (a partir de 10 g/día), y de mama (a partir de 30 g/día) [11].

Un estudio publicado en el año 2011 por el British Medical Journal sobre la relación de consumo de alcohol y cáncer en Europa, señalaba que en España el 15% del total de casos de cáncer en hombres y el 4% en mujeres estaban relacionados con el consumo de alcohol [12]. Esta relación es especialmente significativa en los casos de cáncer del tracto aerodigestivo superior (41% de los casos en hombres y 5% de los casos en mujeres), de hígado (32% y 31%) y de colon (28% y 3%). También se vincula con el 3% de los casos de cáncer de mama.

El consumo de bebidas alcohólicas en el año 2015 en los hogares de Castilla y León se ha incrementado respecto al año 2008, según los datos aportados por la encuesta sobre consumo de drogas en la población general de la Comunidad. El porcentaje de encuestados que manifestaba que alguien, la mayoría o todos los miembros del hogar consumían alcohol aumentó 4,3 p.p. frente a los datos de 2008.

Si se valoran los patrones de consumo, el consumo ocasional de bebidas alcohólicas se mantiene estable, pasando del 40,30% en el año 2008 al 40,50% en 2015, mientras que el consumo habitual aumenta del 35,60% en 2008 al 41,10% en 2015. Por tramos de edad, los mayores porcentajes de consumidores habituales se dan en los grupos de 20 a 29 años, el 44,2%, y de 30 a 39 años, el 44,1%. El consumo en fin de semana también había aumentado en el año 2015 en 6,9 p.p. respecto del año 2008, situándose en el 40,9% del total de la población.

En Castilla y León, según se desprende del Estudio de Hábitos y Estilos de Vida de la Población Joven



de Castilla y León para el curso escolar 2015/ 2016, la edad de inicio en el consumo del alcohol, considerándose una frecuencia mínima de una vez a la semana, es de 14 años. Asimismo, el 25,8% de los adolescentes indica que no consume alcohol y el 36,7% lo hace raramente.

Entre los adolescentes que consumen alcohol, el 83,67% de las chicas no lo hace los días de diario, siendo este porcentaje del 68,1% en el caso de los chicos. Asimismo, de los adolescentes que consumen alcohol, el 39,6% señala haber bebido, en el último mes, 6 o más unidades de alcohol en un solo día. Este abuso del alcohol, se produce con mayor frecuencia en los chicos, el 45%, frente al 34,7% de las chicas, y en mayor medida en el medio rural, el 46,5%, mientras que en el urbano es del 37,5%.

El porcentaje de muertes por cáncer en el año 2014 que se puede atribuir al consumo de alcohol en Castilla y León es del 30,40%, según datos del INE. De hecho, entre el conjunto de muertes causadas por el alcohol, los tumores malignos ocupan la primera posición, por encima de las enfermedades cardiovasculares, las patologías digestivas y los accidentes no intencionales.

Estrategia de actuación contra el alcoholismo.

A nivel internacional, uno de los principales ámbitos de actuación en materia de lucha contra el alcoholismo es la población joven. Así, por ejemplo, la Comisión Europea aprobó en el año 2014 un plan de acción centrado en dificultar el acceso al consumo de alcohol por parte de la juventud y prevenir los episodios de consumo excesivo que se producen especialmente en este grupo de edad, delimitando seis áreas de actuación.

En España, además del Plan de Acción Sobre Drogas (2013-2016) y sus medidas de control respecto a la accesibilidad y la publicidad sobre el alcohol, también se han impulsado otras iniciativas. Una de

las más significativas, y en línea con los objetivos planteados por el Plan de la Comisión Europea, es "Menores SIN Alcohol"; campaña de prevención del consumo de Alcohol en Menores.

Del mismo modo que en el caso del tabaco, el alcohol ocupa un lugar central en el VII Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León 2017-2021. Junto a objetivos compartidos con la lucha contra el tabaquismo, como aumentar la percepción de riesgo entre la población, reducir su disponibilidad y facilitar el abandono de la dependencia, se recogen algunos objetivos más específicamente vinculados a combatir el alcoholismo.

3.2.3 CÁNCER ASOCIADO A OBESIDAD

Relación entre obesidad y cáncer

En personas no fumadoras, la obesidad fruto de hábitos de alimentación no saludables y baja actividad física es el principal factor de riesgo asociado a neoplasias. Según la OMS, se estima que el 30% de la población adulta en países desarrollados es obesa. En este sentido, la obesidad supone el factor de riesgo carcinogénico más prevalente, siempre y cuando no esté asociada al consumo de tabaco.

La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) y el Fondo Mundial de Investigación del Cáncer (World Cancer Research Fund, WCRF) sugieren que existe evidencia de la relación entre obesidad y determinados tipos de neoplasias. De este modo, la obesidad estaría relacionada, por ejemplo, con el 39% de los casos de cáncer endometrial, el 37% de casos de cáncer de esófago, el 25% de casos de cáncer renal, el 11% de casos de cáncer colorrectal (CCR) y el 9% de cáncer de mama (CM) en mujeres postmenopáusicas.

Los resultados de la Encuesta Europea de Salud 2014 estiman que hay un 16,91% de obesos en España. La obesidad se concentra en un porcentaje ligeramente

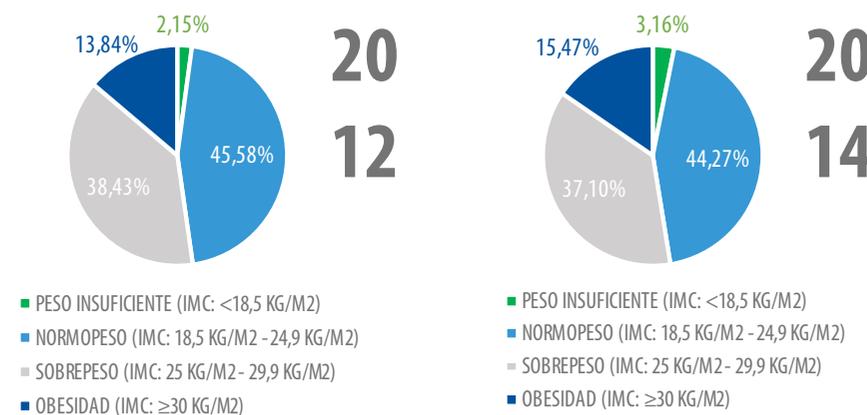
mayor en los hombres, 17,13%, que en las mujeres, 16,68%. La comparación con los datos del año 2012 refleja una ligera disminución de 0,12 p.p. en el total de población obesa.

En referencia a Castilla y León, en el año 2014 el porcentaje de obesidad era de 15,47%, una tasa 1,44 p.p. menor que la media nacional. Sin embargo, a diferencia de la media española, el porcentaje de población con obesidad se ha visto incrementado significativamente desde el año 2012, concretamente en 1,63 p.p.

Por lo que se refiere al índice de masa corporal en los jóvenes, según el Estudio de Hábitos y Estilos de Vida de la Población Joven de Castilla y León para el curso escolar 2015/ 2016, se obtiene que, de acuerdo a la escala de la OMS, el 20,7% de los chicos y el 10,8% de las chicas presenta sobrepeso, mientras que el 3,2% de los chicos y el 1,0% de las chicas

Ilustración 14 abajo. Porcentaje de población obesa en Castilla y León. Años 2012 y 2014.

Fuente: INE.



padece obesidad. Asimismo, el 70,1% de los chicos y el 62,9% de las chicas consideran que su peso es adecuado.

Estrategia contra la obesidad

Dentro del ámbito nacional, la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, asume entre otras responsabilidades, la seguridad alimentaria y la nutrición saludable. En este sentido, en España promueve la estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), mediante la cual se pretende sensibilizar a la población sobre la problemática que representa la obesidad para la salud, así como promover todas aquellas actuaciones encaminadas a revertir este proceso. Por su parte, el IV Plan de Salud de Castilla y León contempla la estrategia NAOS, y establece iniciativas orientadas a la adquisición de estilos de vida saludables, incluyendo la alimentación.

Igualmente, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, a través de la Dirección General de Asistencia Sanitaria ha impulsado el desarrollo del Proceso Asistencial de Sobrepeso y Obesidad Infantil.

Asimismo, en el año 2008, la Junta de Castilla y León realizó un estudio sobre alimentación y nutrición en el que se reflejaba que el 78,45% de la población de Castilla y León tenía una adhesión media o alta a la dieta mediterránea. Por género, la adhesión es mayor en hombres, 82,54%, que en mujeres, 74,97%. A pesar de ello, el estudio pone de manifiesto la necesidad de concienciar a la población sobre la conveniencia de un consumo limitado de dulces.

A la aparición de la obesidad, también contribuyen otros factores como: la inactividad física, el sedentarismo, los nuevos roles en el trabajo, y los cambios de patrones de conducta de la población, que se suman a los efectos generados por las dietas no saludables. Según los datos del Informe sobre el Sistema Nacional de Salud del año 2016, el 33,50% de la población de Castilla y León es sedentaria, 3,20 p.p. por debajo de la media nacional, lo que la sitúa como la segunda comunidad autónoma con menos población sedentaria.

3.2.4 RIESGOS LABORALES Y AMBIENTALES

Las altas emisiones de carcinógenos fruto de ciertas actividades económicas y procesos industriales son una realidad que impacta en la incidencia del cáncer en las poblaciones afectadas, especialmente en algunos tipos como los de las vías respiratorias o los cánceres de piel. De acuerdo con las evaluaciones de la IARC (Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer) se pueden considerar como agentes cancerígenos en humanos vinculados a actividad

laboral a 30 agentes químicos o físicos, 29 agentes como probables cancerígenos, 114 como posibles cancerígenos y 18 ocupaciones o industrias que posiblemente, probablemente o definitivamente están asociados a un aumento del riesgo de cáncer entre sus trabajadores. Desde el punto de vista ambiental, un estudio realizado por el Departamento de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III ha determinado que la incidencia de cáncer en municipios de

España con focos industriales es un 17% mayor que en el resto del territorio.

En base a varias estimaciones propuestas en la literatura internacional, como Korgevinas et al, 2005, se puede calcular que el número de nuevos casos de cáncer derivados de la exposición a agentes cancerígenos en el marco de la actividad laboral es de unos 3.000 al año, mientras que las muertes anuales se contabilizan alrededor de las 2.000 ^[13]. La mayoría de estos cánceres aparecen en hombres.

Asimismo, otro de los factores ambientales que aumenta la incidencia del cáncer es la exposición solar, factor de riesgo significativo para el cáncer de piel. Así, por ejemplo, la incidencia en particular del melanoma se ha duplicado en Europa en el periodo comprendido entre 1960 y 1990, atribuible a una creciente exposición solar de forma intensa.

3.2.5 INFECCIONES

Adicionalmente a los factores propios de hábitos de consumo y ambientales, determinadas infecciones víricas constituyen un factor de riesgo para la aparición de varias tipologías de cáncer. Los virus más comunes son el Epstein-Bar (EBV), los virus de hepatitis B y C (HBV y HCV respectivamente) y el virus del papiloma humano (VPH). Además de otros menos

comunes como el virus linfotrópico de células T humanas (HTLV-1) y el herpesvirus humano 8 (HHV-8).

Tabla 1 abajo. Principales virus oncogénicos.

Fuente: Delgado-Enciso I et al, 2004.

Virus	Cáncer
EBV (DNA)	Linfoma de Burkitt
	Carcinoma nasofaríngeo
	Enfermedad de Hodgkin
HBV (DNA)	Carcinoma hepatocelular
HCV (RNA)	Carcinoma hepatocelular
VPH (DNA)	Cáncer cervicouterino, vulva, pene, recto, cabeza y cuello
HTLV-1 (RNA)	Leucemia/linfoma de células T del adulto
HHV-8	Sarcoma de Kaposi
	Linfoma de cavidades corporales
	Enfermedad difusa de Castleman

La vacunación es la principal herramienta de prevención frente a dichas infecciones.

- En el año 2018, la política de vacunación de Castilla y León establece que las niñas al cumplir los 12 años deben vacunarse frente al VPH.

- El calendario de vacunación contempla también la hepatitis B, tanto en edad infantil como en adultos. La vacuna frente a esta enfermedad al nacimiento se ha establecido en Castilla y León desde el año 1999.

Con respecto a la hepatitis C, Sacyl informa sobre los medicamentos utilizados para su tratamiento, además de contenidos informativos sobre las vías de contagio y características de la enfermedad. Esta actuación se lleva a cabo por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León en relación con el Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud. <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/hepatitis-c-13c292>

La eficacia en la curación de la hepatitis C es muy elevada incluso en pacientes cirróticos. Varios estudios publicados recientemente muestran que cuando se trataban pacientes en lista de espera de trasplante hepático, hasta un 25% [14] [15] de los pacientes salía de la lista de espera.

Sin embargo, aún no está claro cómo influye el tratamiento en la tasa de recidiva de aquellos pacientes que ya han desarrollado un hepatocarcinoma [16] [17] y se debe valorar la urgencia del tratamiento pretrasplante, versus tratamiento postrasplante. En aquellos pacientes que no tienen indicación de trasplante hepático, la respuesta al tratamiento de la hepatitis C puede incrementar la supervivencia al mejorar la función hepática.

3.3 ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN PRECOZ EN LA REGIÓN

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León impulsa y desarrolla varios programas de prevención y detección precoz de enfermedades. Estos programas están orientados hacia una población diana que se considera de riesgo y que se beneficia de estas iniciativas de prevención y diagnóstico precoz.

Con relación al cáncer, en la Comunidad se llevan a cabo los siguientes programas:

- Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero.
- Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama.
- Programa de Prevención y Detección Precoz del Cáncer Colorrectal.

Cribado de cáncer y resultados en la incidencia Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero

El Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero tiene por finalidad la detección precoz de lesiones preinvasivas y cáncer de cuello de útero mediante la realización de las determinaciones de citología cervical y del virus del papiloma humano (VPH), éste a través técnicas analíticas de biología molecular.

Este programa inició su actividad en el año 1986, y en noviembre de 2012 se adoptó la estrategia vigente actualmente, que define como población diana a mujeres residentes en Castilla y León, con edades comprendidas entre los 25 y los 64 años, con rela-

ciones sexuales. El programa se lleva a cabo de la siguiente forma:

- Grupo de mujeres de 25 a 34 años de edad: determinación de citología cervical (cada 3 años).
- Grupo de mujeres de 35 a 64 años de edad: determinación de citología cervical junto con determinación del VPH de alto riesgo oncogénico (cada 5 años).

A partir de los resultados (citológicos y determinaciones del VPH) se determinará la necesidad de derivación de las pacientes a Atención Hospitalaria para la realización del diagnóstico definitivo.

En el año 2016 se realizaron en Castilla y León un total de 66.097 citologías, de las que 1.655 tuvieron un resultado sospechoso positivo para lesión precancerosa o cáncer invasivo de cuello de útero (2,50%). Segovia y Soria son las provincias que tienen un mayor porcentaje de resultados sospechosos positivos (3,30% y 2,80% respectivamente).

La evolución temporal entre los años 2011 y 2013 de esta prueba refleja un descenso del número de citologías realizadas por la idiosincrasia propia del algoritmo respecto a la cadencia de 3 años en la prueba.

Entre los años 2006 y 2016, los valores de porcentaje de casos positivos oscilaron entre 1,40% y 2,90%, siendo en el año 2016 de 2,50%.



Ilustración 15 abajo. Evolución temporal del número de citologías y porcentaje de positivos en Castilla y León. Años 2006-2016

Fuente: Consejería de Sanidad.

La determinación del virus del papiloma humano (VPH) mediante las técnicas analíticas de biología molecular, permite detectar VPH de alto riesgo oncogénico, y dentro de esta categoría, los tipos 16 y 18. La prueba de cribado permite definir si existe alto o bajo riesgo oncogénico.

En el año 2016, se realizaron 49.102 determinaciones, de las cuales 3.407 (6,90%) fueron de alto riesgo oncogénico. De estas determinaciones de alto riesgo, 688 se correspondían con los tipos 16 y 18 (20,20% del total de alto riesgo oncogénico).

El porcentaje de muestras de VPH positivas osciló entre los años 2008 y 2016 entre el 6,20% y el 9,90%, siendo en el año 2016 del 6,90%.



Ilustración 16 arriba. Evolución temporal del número de cribados de VPH y porcentaje de positivos de alto riesgo oncogénico. Años 2008-2016.

Fuente: Consejería de Sanidad.

Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama
Este programa se inició en el año 1992 y actualmente está implantado en todas las provincias de Castilla y León. Su objetivo es detectar los posibles tumores malignos de mama en las mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 69 años, con el fin de disminuir la mortalidad por esta causa y aumentar la calidad de vida de las mujeres afectadas.

Así, en el año 2016, el Servicio de Salud de Castilla y León realizó 117.318 mamografías, encontrándose con un 6,40% (7.521) de mamografías con sospecha positiva para cáncer de mama.

El porcentaje de resultados con sospecha de malignidad ha crecido durante estos últimos años, ya que en el año 2004, representaba el 2,40%.

	Mamografías	Mamografías sospechosas positivas	% mamografías sospechosas positivas
Ávila	8.315	508	6,10%
Burgos	17.125	1.068	6,20%
León	21.569	1.299	6,00%
Palencia	8.923	471	5,30%
Salamanca	14.113	930	6,60%
Segovia	7.164	685	9,60%
Soria	4.954	395	8,00%
Valladolid	24.421	1.585	6,50%
Zamora	10.734	580	5,40%
Castilla y León	117.318	7.521	6,40%

Tabla 2 arriba. Número de mamografías realizadas y mamografías sospechosas positivas. Año 2016.

Fuente: Consejería de Sanidad.

Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer Colorrectal

El Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer Colorrectal tiene como base la detección de lesiones precancerosas (pólipos) que puedan ser extirpados antes de su transformación en cáncer, así como detectar el cáncer en sus etapas iniciales.

Para ello, se realiza un test de sangre oculta en heces (TSOH) que en caso de resultar positivo requerirá la realización de una colonoscopia para su confirmación diagnóstica. Este programa está dirigido a la población con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años, debiendo realizarse el TSOH cada dos años.

En el año 2016, Sacyl invitó a 268.547 ciudadanos a participar en el programa y realizar el TSOH, de los cuales, 98.362 (36,66%) participaron en el mismo. Del total de participantes, se detectaron 6.637 test en sangre positivos (6,70%). Como resultado del programa, en el año 2016 se identificaron 255 cánceres invasivos, 602 adenomas de alto riesgo/cánceres in situ, 969 adenomas de medio riesgo, 846 adenomas de bajo riesgo

	Invitaciones válidas enviadas	TSOH válido	% de participación	Nº pruebas TSOH +	% positivos
Ávila	17.371	5.590	32,20%	370	6,60%
Burgos	39.024	14.036	36,00%	1.027	7,30%
León	54.438	20.902	38,40%	1.455	7,00%
Palencia	19.936	7.089	35,60%	437	6,20%
Salamanca	36.654	13.389	36,50%	874	6,50%
Segovia	15.313	5.529	36,10%	347	6,30%
Soria	7.702	3.062	39,80%	129	4,20%
Valladolid	58.001	21.926	37,80%	1.471	6,70%
Zamora	20.108	6.859	34,10%	527	7,70%
Castilla y León	268.547	98.382	36,60%	6.637	6,70%

3.4 IMPACTO DEL CÁNCER EN CASTILLA Y LEÓN

3.4.1 INCIDENCIA

En España, la tasa ajustada de cáncer es de 1.164,80 nuevos casos por 100.000 habitantes, inferior al promedio de la UE, el cual es de 1.257,80. Si bien la incidencia en la población masculina en España es similar a la media europea (0,66% inferior), en el caso de la población femenina, la tasa española se encuentra entre las más bajas de la Unión Europea (19,87% menor), según datos de López-Abente et al [18].

El número de nuevos casos de tumores diagnosticados en la población estimados por la Red Española de Registros de Cáncer en el año 2015 era de 247.772, de los que 148.827 (el 60,07%) afectaban a la población masculina y 98.945 (39,93%) a la femenina.

Asimismo, el Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León (RPCCYL), registraba en el año 2014 una distribución entre ambos sexos similar a la estimación a nivel nacional. De esta forma, se registraron 16.827 casos nuevos de cáncer, de los que el 59,69% afectaban a hombres y el 41,31% a mujeres.

De acuerdo a los datos del RPCCYL, los tumores más frecuentes en la Comunidad son en el caso de los hombres, el de próstata, seguido por el de pulmón, el de colon y el de vejiga, representando estas 4 localizaciones el 52,11% de los nuevos casos. En el caso de las mujeres, el cáncer de mama es significativamente el que tiene mayor incidencia, suponiendo el 24,87% de los nuevos casos que se registran. Le siguen el cáncer de colon, el 10,40% y en menor medida, el cáncer de útero, el 6,56% y el de pulmón 4,30%.

Tabla 3 arriba.
Resultados provisionales del Programa de Prevención y Detección Precoz del Cáncer Colorrectal, por provincias. Personas con edad de 55 a 69 años. Año 2016.

Tipo tumoral	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Labios, cavidad oral y faringe	305	3,09%	98	1,41%	403	2,39%
Esófago	149	1,51%	14	0,20%	163	0,97%
Estómago	393	3,98%	255	3,67%	648	3,85%
Colon	1.143	11,57%	723	10,40%	1.866	11,09%
Recto	361	3,66%	205	2,95%	566	3,36%
Hígado	203	2,06%	89	1,28%	292	1,74%
Vesícula biliar	22	0,22%	47	0,68%	69	0,41%
Páncreas	228	2,31%	223	3,21%	451	2,68%
Laringe	216	2,19%	12	0,17%	228	1,35%
Pulmón	1.182	11,97%	299	4,30%	1.481	8,80%
Melanoma	147	1,49%	175	2,52%	322	1,91%
Próstata	1.864	18,87%	-	0,00%	1.864	11,08%
Testículo	67	0,68%	-	0,00%	67	0,40%
Mama	22	0,22%	1.729	24,87%	1.751	10,41%
Útero	-	0,00%	456	6,56%	456	2,71%
Ovario	-	0,00%	222	3,19%	222	1,32%
Riñón	239	2,42%	136	1,96%	375	2,23%
Vejiga	957	9,69%	202	2,91%	1.159	6,89%
Sistema Nervioso	149	1,51%	119	1,71%	268	1,59%
Tiroides	94	0,95%	261	3,75%	355	2,11%
Linfoma de Hodgkin	60	0,61%	34	0,49%	94	0,56%
Linfoma no Hodgkin	205	2,08%	189	2,72%	394	2,34%
Mieloma	126	1,28%	99	1,42%	225	1,34%
Leucemia	200	2,03%	144	2,07%	344	2,04%
Otros cánceres	1.544	15,63%	1.220	17,55%	2.764	16,43%
Total	9.876	58,69%	6.951	41,31%	16.827	100,00%

Tabla 4 arriba.
Distribución de casos por tipo tumoral y sexo. Año 2014.

Fuente: Registro Poblacional De Cáncer de Castilla y León

En lo que concierne específicamente al cáncer infantil, la IARC ha calculado la incidencia estimada para las poblaciones infantiles de Europa a partir de datos de 2001. De acuerdo con estas estimaciones, los tumores malignos diagnosticados más frecuentemente en Europa fueron las leucemias, constituyendo alrededor de un tercio de todos los tumores infantiles, seguidas de los tumores del SNC (20,00%), linfomas (14,00%) y neuroblastomas (9,00%).

En Castilla y León, durante el período 2003-2014 se registraron 631 tumores infantiles con una incidencia de 176,67 por millón de niños, más elevada que la incidencia poblacional estimada para España por el Registro Nacional de Tumores infantiles (150 casos por millón). De este modo, la media anual de casos en la Comunidad es de 52,58 casos/año, siendo los tumores infantiles más frecuentes en un año: linfomas (8 casos), tumores del SNC (12 casos) y leucemias (13 casos).

España se sitúa un 5,35% por encima de la media de Europa en cuanto a la incidencia de tumores infantiles, 137,90 frente a 130,90 casos por millón de niños. Por tipo de cáncer, las tasas de incidencia de leucemias y de tumores del SNC en España se encuentran en la media del conjunto de Europa. Sin embargo, la tasa de linfomas se sitúa en sexto lugar, detrás de Portugal, Lituania, Bielorrusia, República Checa y Turquía [18].

Tabla 5 abajo. Incidencia de cáncer infantil en Castilla y León. Años 2003 - 2014.

Fuente: Registro Poblacional de Tumores Infantiles de Castilla y León.

Tabla 6 abajo. Incidencia de cáncer infantil en otras comunidades que contaban con un registro de los casos anterior a Castilla y León. Años 2000 - 2014.

Fuente: Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SE-HOP).

Clasificación ICCC-3	Castilla y León (2003-2014)				
	Número	%	Tasa bruta	Tasa ajustada a la población mundial	IC 95%
Leucemias	155	25,20	43,52	44,46	37,67 - 52,21
Linfomas	96	15,60	26,96	25,05	20,24 - 30,75
SNC y Médula	139	22,60	39,03	39,98	33,53 - 47,4

Tasa bruta: número de casos nuevos por cada 1.000.000 de niños (de 0 a 14 años).

Clasificación ICCC-3	Aragón, Cataluña, Navarra, Madrid y País Vasco (2000 - 2014)				
	Número	%	Tasa bruta	Tasa ajustada a la población mundial	IC 95%
Leucemias	1.790	31,20	46,00	46,70	44,50 - 48,90
Linfomas	739	12,90	19,60	19,20	17,80 - 20,60
SNC y Médula	1.286	22,40	34,20	34,40	32,50 - 36,30

Tasa bruta: número de casos nuevos por cada 1.000.000 de niños (de 0 a 14 años).

La comparación de los registros poblacionales de Castilla y León con los registros agregados de las comunidades autónomas de Aragón, Cataluña, Navarra, Madrid y País Vasco refleja que en Castilla y León hay una mayor incidencia de linfomas y tumores del SNC y médula, mientras que es menor la de leucemias.

3.4.2 MORTALIDAD

El cáncer, en el año 2016, era la segunda causa de muerte en España y también en Castilla y León, representando más de la cuarta parte del total de fallecimientos, únicamente por detrás de las enfermedades circulatorias.

Tabla 7. Número y distribución de las defunciones por causa de muerte en España y Castilla y León. Año 2016.

Fuente: INE.

Enfermedades	España		Castilla y León	
	Número	%	Número	%
Enfermedades del sistema circulatorio	119.778	29,17%	8.307	29,21%
Tumores	112.939	27,51%	7.857	27,63%
Enfermedades del sistema respiratorio	46.812	11,40%	3.517	12,37%
Enf. del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	25.236	6,15%	1.583	5,57%
Trastornos mentales y del comportamiento	20.980	5,11%	1.162	4,09%
Enfermedades del sistema digestivo	20.096	4,89%	1.463	5,14%
Causas externas de mortalidad	15.668	3,82%	994	3,50%
Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	12.700	3,09%	1.071	3,77%
Enfermedades del sistema genitourinario	12.173	2,96%	848	2,98%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de lab.	8.033	1,96%	403	1,42%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7.033	1,71%	518	1,82%
Resto de enfermedades	9.163	2,23%	713	2,51%
Todas las causas	410.611	100,00%	28.436	100,00%

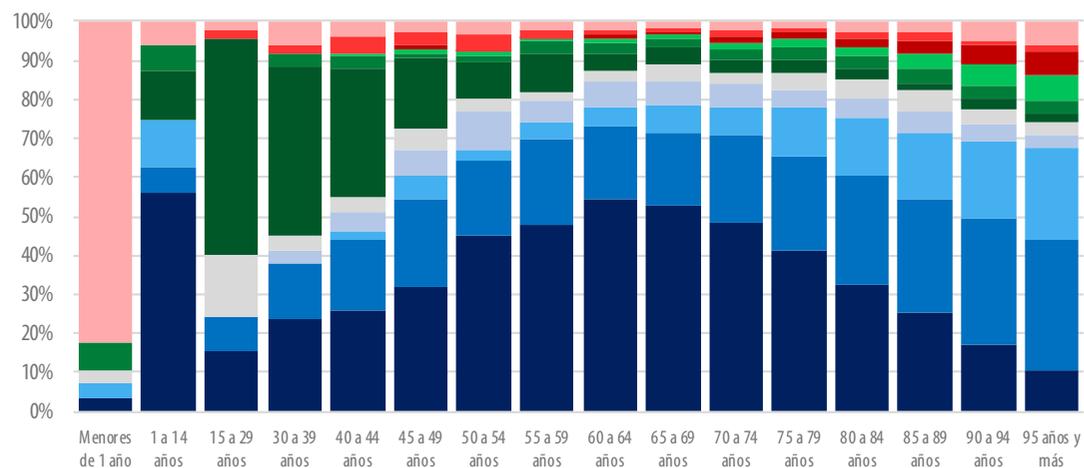
Nota: La relación de enfermedades aparece ordenada de forma decreciente según la casuística en España.

El análisis por sexos en Castilla y León refleja que, en el año 2016, el cáncer era la primera causa de muerte entre la población masculina, con un total de 4.769 fallecimientos, lo que representaba el 32,92% del total.

Por edades en el caso de los hombres, el cáncer es la principal causa de muerte en los segmentos de población entre 45 y 84 años. A partir de los 84 años son las enfermedades circulatorias el motivo más frecuente de mortalidad. Asimismo, en el tramo de edad de entre 1 y 14 años, el cáncer también ha sido la primera causa de defunción, 9 de un total de 16 casos.

Ilustración 17 abajo. Distribución del número de defunciones en Castilla y León (en %) por grupos de edad, destacando las 10 causas más frecuentes de mortalidad. Hombres. Año 2016.

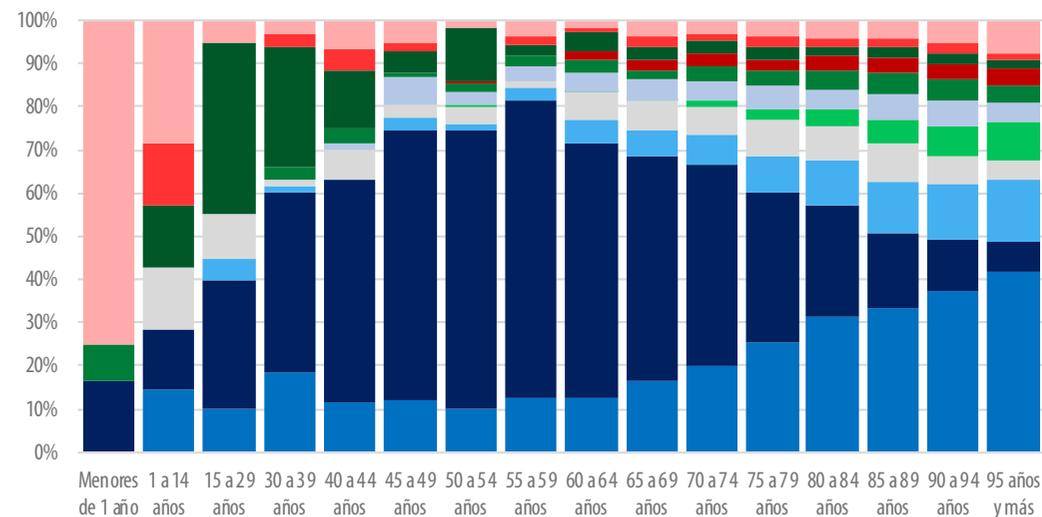
Fuente: INE.



- Tumores
- Enfermedades del sistema circulatorio
- Enfermedades del sistema respiratorio
- Enfermedades del sistema digestivo
- Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos
- Causas externas de mortalidad
- Enfermedades en endocrinas, nutricionales y metabólicas
- Trastornos mentales y del comportamiento
- Enfermedades del sistema genitourinario
- Enfermedades infecciosas y parasitarias
- Resto

Ilustración 18 derecha. Distribución del número de defunciones en Castilla y León (en %) por grupos de edad, destacando las 10 causas más frecuentes de mortalidad. Mujeres. Año 2016.

Fuente: INE.



- Resto
- Enfermedades infecciosas y parasitarias
- Causas externas de mortalidad
- Enfermedades del sistema genitourinario
- Enfermedades en endocrinas, nutricionales y metabólicas
- Enfermedades del sistema digestivo
- Trastornos mentales y del comportamiento
- Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos
- Enfermedades del sistema respiratorio
- Tumores
- Enfermedades del sistema circulatorio

Entre los años 2003-2016 la mortalidad causada por cáncer en Castilla y León se ha incrementado globalmente un 4,6%. En el caso de los hombres, este incremento ha sido poco significativo del 0,5%, mientras que durante este periodo el crecimiento del cáncer en las mujeres ha sido muy relevante, del 11,6%.

Asimismo, en el caso de los hombres el tipo de cáncer que más fallecimientos causa, con mucha di-

ferencia con relación al resto, es el tumor maligno de tráquea, de los bronquios y del pulmón, que en los últimos años ha causado más de 1.000 muertes anuales. Otros tumores con mortalidad relevante son el de colon y el de próstata, los cuales en los últimos 3 años siguen una tendencia decreciente. En menor medida, también originan un número notable de muertes en la población masculina, los tumores de estómago, vejiga y páncreas.

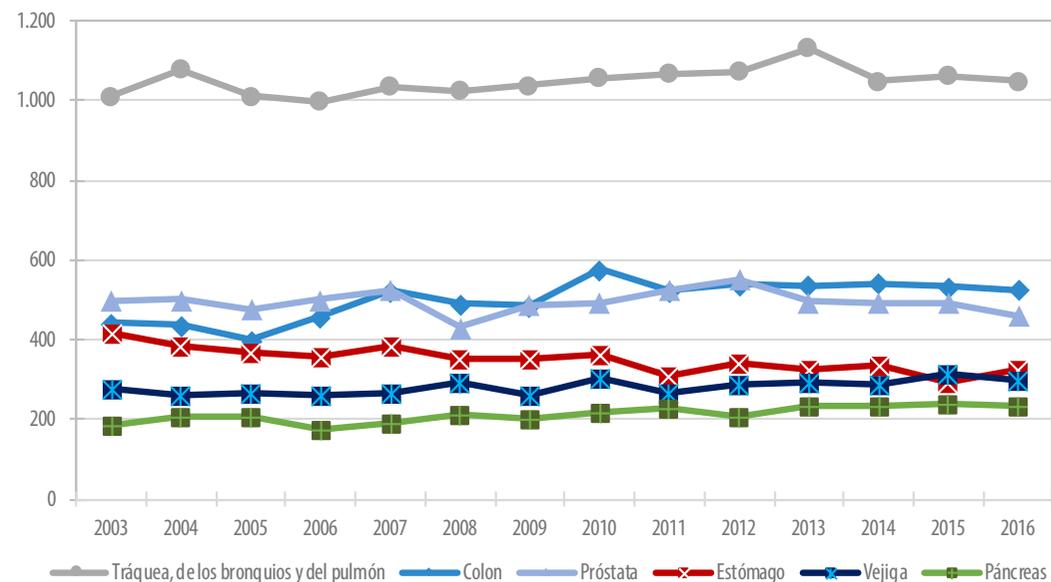


Ilustración 19 izquierda arriba. Evolución de los 6 principales tumores causantes de mortalidad en el año 2016 en hombres en Castilla y León. Años 2003-2016.

Fuente: INE.

Ilustración 20 izquierda abajo. Evolución de los 6 principales tumores causantes de mortalidad en el año 2016 en mujeres en Castilla y León. Años 2003-2016.

Fuente: INE.

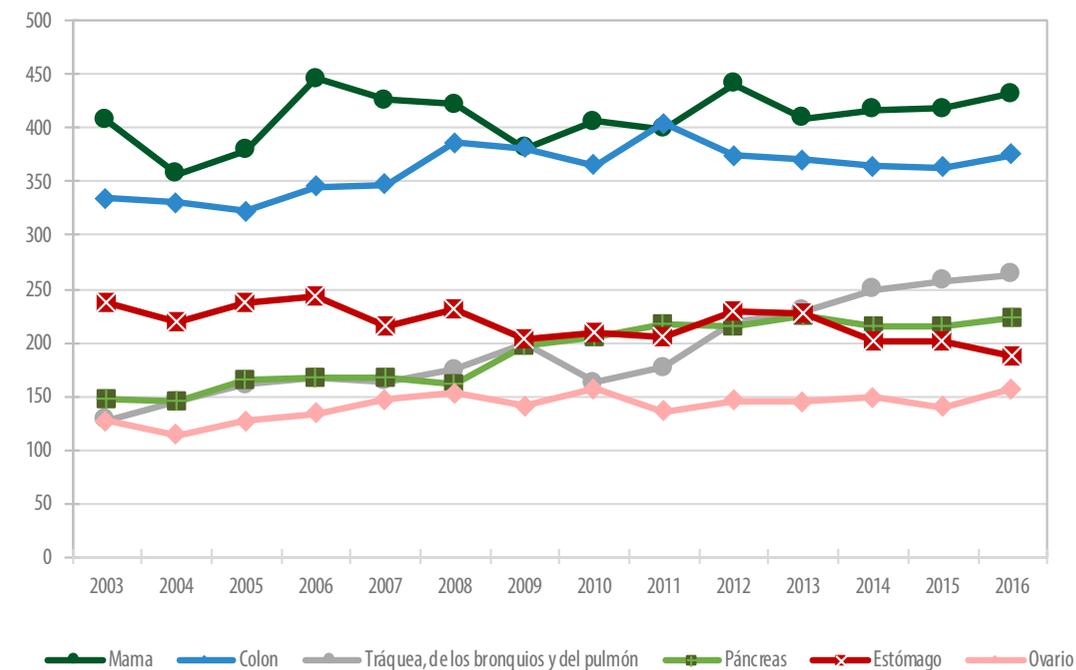


Tabla 8 abajo. Mortalidad en Castilla y León y España por localización tumoral. Top 5 mortalidad de tumores en hombres y mujeres. Tasas de mortalidad ajustadas a la población europea. Año 2015.

Fuente: Instituto de Salud Carlos III.

Por lo que se refiere a las mujeres, los tumores con mayor impacto en la mortalidad son el de mama y el de cáncer de colon. En menor medida, también son relevantes, el de tráquea, de los bronquios y del pulmón, el de páncreas, el de estómago, y con menor impacto el de ovario.

En los últimos años, el análisis de la evolución del cáncer en las mujeres refleja una tendencia claramente creciente en el número de fallecimientos por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón y mama. Por el contrario, decrece el impacto de los tumores malignos de estómago.

El análisis comparado de la mortalidad de la población según los diferentes tipos de tumores entre la comunidad de Castilla y León y el conjunto de España refleja con carácter general un comportamiento similar para ambos sexos. Sin embargo, en el caso de los hombres se aprecian diferencias significativas en el cáncer de pulmón, ya que la tasa de mortalidad ajustada en Castilla y León es significativamente inferior a la media nacional.

Tumor	Hombres			Mujeres		
	Castilla y León	España	Diferencia Castilla y León respecto de España	Castilla y León	España	Diferencia Castilla y León respecto de España
Estómago	12,66	9,89	2,77	-	-	-
Colon	20,17	19,1	1,07	10,45	9,94	0,51
Recto	8,06	7,2	0,86	-	-	-
Páncreas	-	-	-	6,59	6,95	-0,36
Pulmón	42,09	54,79	-12,70	11,87	12,52	-0,65
Mama	-	-	-	16,7	15,71	0,99
Ovario	-	-	-	6,34	5,60	0,74
Próstata	15,71	14,57	1,14	-	-	-

Años Potenciales de Vida Perdidos

Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) es un indicador de salud que permite estudiar la mortalidad prematura. En este sentido, el cáncer es la enfermedad que de forma significativa más años de vida potencialmente perdidos resta a la población, siendo el responsable del 47,60% del total de muertes prematuras. Le siguen las enfermedades del sistema circulatorio con el 17,94% y las causas externas de mortalidad, que representan el 10,99%.

El análisis de los APVP permite observar que a pesar de que la primera causa de mortalidad son las enfermedades del sistema circulatorio, las muertes por cáncer se producen, en mayor medida en los tramos de edad más avanzados. El abordaje de los factores de riesgo asociados al cáncer, mediante programas preventivos orientados a medidas de educación y concienciación haría reducir considerablemente la mortalidad prematura entre la población.

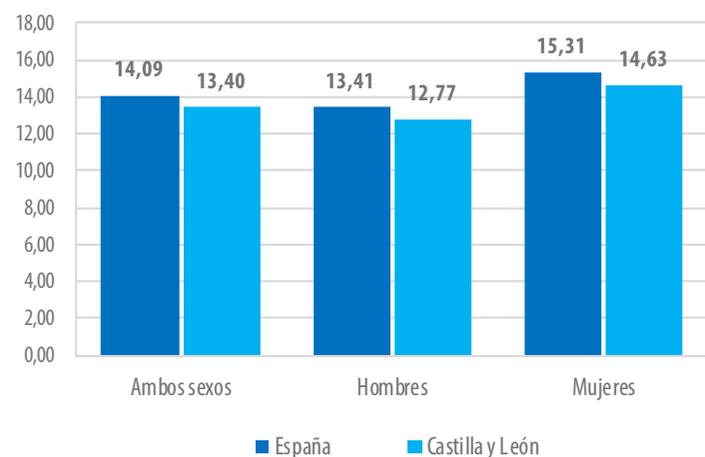
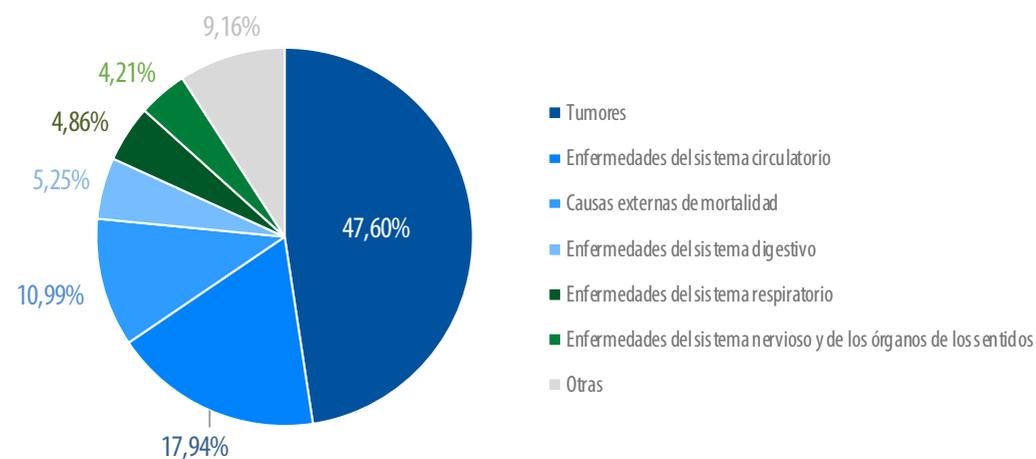


Ilustración 21 arriba. Distribución de los años potenciales de vida perdidos según causa de muerte en Castilla y León. Año 2016.

Fuente: INE.

Ilustración 22 izquierda. Número medio de años potenciales de vida perdidos debido a los tumores, España y Castilla y León. Año 2016.

Fuente: INE.

3.4.3 SUPERVIVENCIA

En España, en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2007, la supervivencia de los pacientes con cáncer a los cinco años (supervivencia relativa) ha sido del 49,00%. Al aumentar el periodo temporal de 1995 a 2007, refleja una mejora de 4,8 p.p. para los hombres y estabilidad en las mujeres, situándonos al mismo nivel que el conjunto de Europa (supervivencia del 50%).

Más recientemente, la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica), en su informe “El cáncer en España 2018”, refleja que la supervivencia de los pacientes con cáncer en España se sitúa en un 52% a los 5 años, habiendo mejorado en los últimos años de forma más notable en el Linfoma no Hodgkin, el cáncer de recto y el cáncer de próstata.

Los datos del proyecto EUROCARE-5, revelan que los cánceres con peor pronóstico, los que presentan una supervivencia inferior al 20% a los 5 años, en España son para ambos sexos páncreas, pulmón, hígado, encéfalo y sistema nervioso central. Además, en los hombres también presentan una supervivencia menor al 20%, el cáncer de esófago y la leucemia mieloide aguda (LMA). En general, estos cánceres se diagnostican en estadios más avanzados o no se dispone de tratamientos efectivos frente a ellos. Globalmente la supervivencia a 5 años en mujeres es del 57,96% y en hombres del 48,88%, existiendo una diferencia entre ambos de 9,08 puntos^[18].

Tabla 9 dercha.
Tasas de supervivencia de cáncer a 5 años, ajustada por edad, en España por tipo de cáncer y periodo 2000-2007 (EUROCARE-5). Hombres y Mujeres.

Fuente: Datos extraídos del proyecto EUROCARE-5 y Red Española de Registros de Cáncer.

Edad comprendida entre 15 y 99 años	Hombres		Mujeres	
	Casos	Supervivencia relativa	Casos	Supervivencia relativa
Cavidad oral y Faringe	3.201	34,62	701	53,10
Esófago	1.505	9,03	225	n.d.
Estómago	4.038	24,19	2.266	28,29
Colon	8.295	56,56	5.934	58,13
Recto	5.047	56,10	2.852	56,85
Hígado	2.493	14,45	923	14,97
Vesícula y vías biliares	815	20,24	1.148	n.d.
Páncreas	1.870	5,22	1.623	6,96
Laringe	3.085	59,46	127	69,18
Pulmón	14.759	10,06	1.997	14,72
Melanoma cutáneo	1.344	79,05	1.766	88,92
Próstata	18.418	84,59	-	-
Testículo	694	n.d.	-	-
Mama	-	-	18.474	82,76
Cuello uterino	-	-	1.347	63,91
Cuerpo uterino	-	-	3.733	74,42
Ovario	-	-	2.211	36,80
Riñón	2.788	57,48	1.232	59,42
Vejiga urinaria	9.735	70,29	1.618	70,82
Encéfalo y SNC	1.278	17,23	1.110	17,82
Tiroides	365	75,61	1.369	86,81
Linfoma de Hodgkin	528	78,65	348	86,10
Linfomas no hodgkinianos	3.257	58,19	2.663	63,26
Mieloma	902	34,22	839	38,70
Leucemia linfática crónica (LCL)	837	73,14	560	75,55
Leucemia linfática aguda (LLA)	138	21,3	111	27,61
Leucemia mieloide crónica (LMC)	177	54,35	140	59,64
Leucemia mieloide aguda (LMA)	583	17,52	445	21,37

3.4.4 IMPACTO SOCIOECONÓMICO DEL CÁNCER

Introducción a la problemática psicosocial y económica del cáncer

Los agentes responsables de la atención del cáncer en España, igual que en el resto de los países desarrollados, se han volcado en la lucha contra esta enfermedad con el objetivo de anticipar el diagnóstico de los diferentes tipos de cáncer e incrementar los ratios de supervivencia. Debido a estos esfuerzos, hoy en día se ha logrado frenar la progresión y el número de defunciones; en 2014 murieron 110.278 personas, un 1,00% más que en 2015, según datos del INE. Del mismo modo, el porcentaje de supervivencia se ha duplicado en los últimos 40 años, de acuerdo con los datos de la SEOM.

Las deficiencias en aspectos psicológicos de la atención, provocan muchas dificultades para las familias y para el conjunto de la población; desde el aumento de familias en riesgo de exclusión e incremento de partidas económicas para atención social y sanitaria, hasta la pérdida de fuerza laboral y bajada de cotizantes a la Seguridad Social.

Es recomendable impulsar desde el ámbito público las políticas y actuaciones que permitan mitigar los graves impactos que genera la enfermedad en las familias víctimas del cáncer, y por extensión en el conjunto de la sociedad.

Impacto psicológico en el paciente y familiares

A pesar de que la mayoría de los pacientes no llega a desarrollar un perfil de enfermedad psicológica severa, si es muy común la presencia de un cuadro de respuestas emocionales problemáticas fruto del sufrimiento psicológico que genera la enfermedad.

Las instituciones como el National Cancer Institute norteamericano recomiendan evaluar y tratar a estos pacientes por el impacto que estos episodios

tienen en su calidad de vida y la de sus familiares, con independencia del grado de ansiedad que les provoquen.

En las distintas fases del cáncer, diagnóstico, tratamiento y superación o fallecimiento, tanto el paciente como sus familiares necesitan de una atención y guía psicológica para afrontar la dureza de la noticia del diagnóstico, prepararse para un tratamiento exigente y doloroso y, en última instancia, afrontar los posibles acontecimientos adversos.

El primer impacto sucede durante la comunicación del diagnóstico. Además del golpe emocional que supone, también puede conllevar a su vez una gran cantidad de cambios en la estructura familiar, los cuales dependerán de la severidad del diagnóstico, el grado de incapacidad que pueda acarrear, el tipo de tratamiento y el pronóstico y calidad de vida que se espere^[19].

Asimismo, en el caso del cáncer infantil el impacto psicológico que sufren las familias es de mayor dureza, por lo que la atención psicológica resulta más necesaria.

Una de las reacciones emocionales más frecuentes ante la confirmación del diagnóstico es la negación. Frente a esta y otras reacciones como la preocupación por cambios físicos y la desfiguración, la muerte, las molestias y el dolor, las bajas y la reincorporación laboral, el sufrimiento de seres queridos y la sensación de no estar a la altura o de no ser lo suficientemente fuerte durante la enfermedad, la figura del psicólogo clínico es relevante en el proceso de atención al paciente oncológico. Por ello, cada vez con mayor frecuencia en los equipos multidisciplinarios de atención a pacientes oncológicos se incorporan psicólogos clínicos especializados en el

tratamiento del cáncer, que entre otras intervenciones orientan al paciente en el manejo de la ansiedad y las emociones negativas, lo que le permite la toma de decisiones de forma tranquila y reflexiva.

Dentro de la fase de tratamiento, los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia generan malestar físico, negatividad y enfado en el paciente, el cual muchas veces vuelca su situación en sus seres queridos. Estos episodios son difíciles de gestionar y generan en los familiares cuadros de ansiedad y estrés que aumentan la gravedad de la situación. Una intervención psicológica es capaz de generar dinámicas que propicien el proceso de adaptación de la familia a la realidad generada por la enfermedad, impulsando la flexibilidad y la cohesión familiar, junto con la comunicación abierta y sincera^[20].

Al llegar a la etapa final de la vida del paciente, el objetivo último es lograr el mayor nivel de calidad de vida para el mismo. En este sentido, las Unidades Especializadas de Cuidados Paliativos abordan el sufrimiento del paciente junto con las Unidades de Tratamiento del Dolor, psicólogos y fisioterapeutas.

Por su parte, las asociaciones de pacientes ofrecen información sobre todo el proceso asistencial y apoyo psicológico, entre otros servicios. Estos recursos de asesoramiento psicológico están orientados tanto a pacientes como a sus familiares para abordar las diferentes fases durante la enfermedad y el duelo por la pérdida de un ser querido.

Impacto económico en el núcleo familiar y situación de vulnerabilidad

Además del impacto en salud que genera el cáncer, también puede repercutir negativamente en la economía familiar. En este sentido, la Asociación Española Contra el Cáncer ha alertado sobre un crecimiento del 106% de las demandas de atención en temas como la orientación laboral, solicitud de incapacidades o consejos sobre cómo ajustar la eco-

nomía del hogar para asumir los costes asociados al cáncer^[21].

Durante el tratamiento, el paciente puede requerir la tramitación de una incapacidad temporal, con la consiguiente posible repercusión en la percepción de ingresos para el núcleo familiar. Se estima que el periodo medio de duración de la baja laboral por cáncer se sitúa en torno a los 280 y 365 días. En este sentido, se considera que en España durante el año 2015, el 4,5% del total de los procesos de incapacidad temporal se debieron al cáncer, así como el 10,1% del total de las pensiones contributivas por incapacidad permanente en vigor en dicho año^[22].

En algunos casos, el cáncer genera incapacidades que repercuten en la posibilidad de mantener o encontrar un trabajo. Asimismo, el estigma social que supone el cáncer también puede ocasionar dificultades a los pacientes, tanto en su vida laboral, como social y afectiva.

Es preciso considerar que las dinámicas familiares cambian y los familiares tienen que acompañar recurrentemente al paciente durante el tratamiento lo que pone en riesgo la viabilidad de sus puestos de trabajo llegando a tener que abandonarlos para poder cuidar del paciente a su cargo.

A su vez, las condiciones de vida y el envejecimiento hacen que cada vez con mayor frecuencia existan personas de avanzada edad, que padecen la enfermedad y que viven solas. De esta forma, según datos del Observatorio del Cáncer de la AECC, en Castilla y León existen 2.915 personas con cáncer que viven solas, de las que el 81,65% tiene más de 65 años, y el 51,53% más de 74 años.

Impacto económico al país

La huella que esta enfermedad genera en los sistemas públicos de prestación social de los países desarrollados es muy grande. En el caso de España, los

costes asociados al cáncer alcanzaban a principio de siglo los 6.000 millones de euros anuales, donde el 50% eran costes indirectos ^[23]. No sólo se contabiliza el gasto sanitario directo fruto del tratamiento y el pago de los recursos e infraestructuras necesarias para atender a la población, sino que también se tienen en cuenta otros gastos como pérdidas de productividad laboral derivados de la morbilidad (incapacidad temporal e incapacidad permanente) y mortalidad prematura de los pacientes. Según el estudio realizado por Jordi Gol Montserrat ^[23] el 61% de los costes indirectos se debe a mortalidad prematura, el 32% a incapacidad permanente y el 7-8% a incapacidad temporal.

Estudios más recientes, reflejan que en el año 2015 el coste total del cáncer para el SNS se estima en 7.168 millones, representando el 10,93% del gasto sanitario público en España y el 0,66% del PIB en ese

año. En concreto, se valora que los costes directos de esta enfermedad en España alcanzaron los 4.818 millones de euros, de los que el 94% correspondieron a gasto hospitalario y el 6% restante a Atención Primaria. Dentro del gasto hospitalario, se considera que el consumo de fármacos antineoplásicos supuso un coste de 1.717 millones de euros.

También, se valoró que los costes indirectos del cáncer en España para el año 2015 representaron 2.350 millones de euros. De los cuales, se considera que 125 millones de euros están asociados a mortalidad prematura por cáncer, 222 a incapacidad temporal y 292 a incapacidad permanente. De igual forma, también se realizó una aproximación a los costes de los cuidadores no profesionales de los pacientes con cáncer que sumaron un total de 1.710 millones de euros.

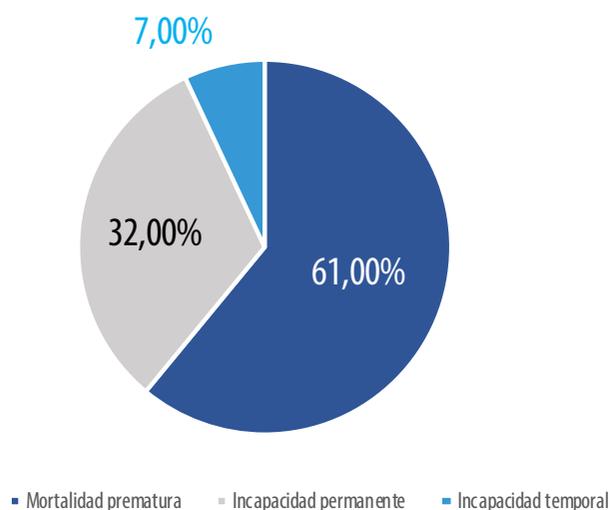


Ilustración 23. Distribución de costes indirectos del cáncer. Año 2009
Fuente: Análisis de los costes indirectos: el caso del cáncer.

Fundación Gaspar Casal.

3.5 ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS DE ATENCIÓN AL CÁNCER EN CASTILLA Y LEÓN

La Junta de Castilla y León realiza un abordaje integral de la atención al cáncer desde diferentes unidades de gobierno, si bien corresponde a la Consejería de Sanidad y a la Gerencia Regional de Salud proveer los cuidados asistenciales a los pacientes.

Por su parte, la Dirección General de Salud Pública es responsable de las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, la realización de estudios sobre los determinantes de la salud, así como del Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad, entre otras. A su vez, la Consejería de Educación asume la definición de los contenidos educativos en los centros de enseñanza y colabora, en este ámbito, en materia de prevención con la Consejería de Sanidad. Asimismo, también le compete la educación de niños que permanecen hospitalizados durante una larga estancia en hospitales.

La Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades otorga el reconocimiento del grado de discapacidad mediante el cual se favorece el acceso a determinados recursos, prestaciones y ayudas sociales. Asimismo, también es responsable de llevar a cabo actuaciones de prevención contra la drogadicción, como las que se incluyen en el VII Plan Regional sobre Drogas, 2017-2021.

Por su parte, la Consejería de Sanidad reconoce el derecho a las ayudas para el desplazamiento con fines asistenciales, el alojamiento y la manutención derivados del mismo, a los pacientes oncológicos que tengan que desplazarse para que se les administre el tratamiento de quimioterapia y radioterapia y a los que reconoce un régimen especial y diferenciado (ORDEN SAN/144/2017, de 22 de febrero).

Desde una perspectiva asistencial, la organización territorial de la Gerencia Regional de Salud se estructura en 11 áreas de salud y 249 Zonas Básicas de Salud (ZBS). En el año 2016, se ha puesto en marcha un proceso de reordenación sanitaria que consiste en crear para cada área de salud una única Gerencia de Asistencia Sanitaria, que sustituye a la Gerencias de Salud de Área, Gerencias de Atención Especializada y Gerencias de Atención Primaria. La complejidad de este proceso hace que se lleve a cabo de forma progresiva creándose inicialmente las áreas de Ávila, El Bierzo, Palencia, Segovia, Soria y Zamora.

3.5.1 RECURSOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Las Zonas Básicas de Salud, dadas las condiciones sociodemográficas de Castilla y León, son de ámbito rural en su mayor parte, el 64,66%, semiurbanas, el 6,83% y urbanas, el 28,51%.

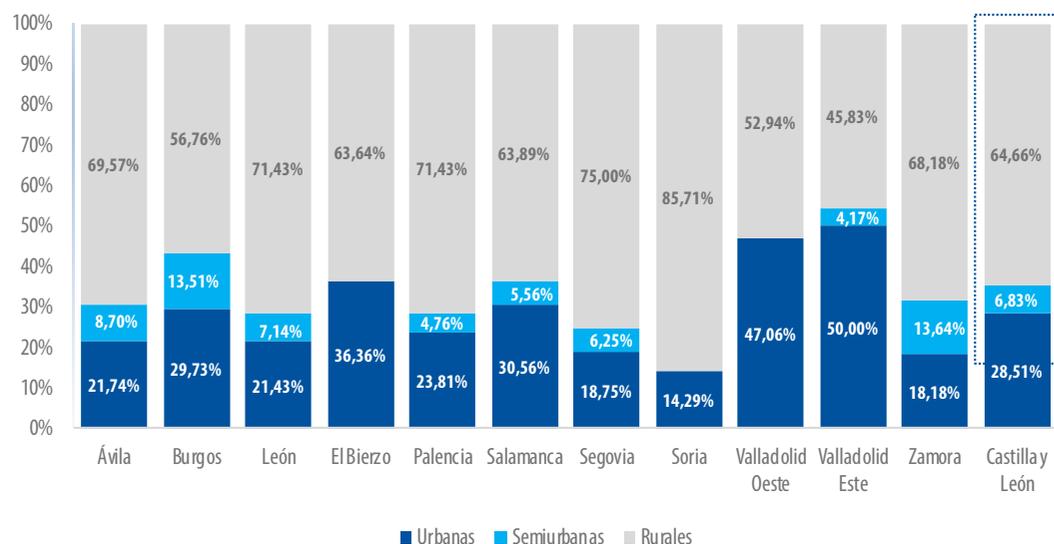
Castilla y León cuenta, en el año 2018, con 247 centros de salud y 3.670 consultorios en el ámbito de la Atención Primaria.

En Atención Primaria se contempla el desarrollo de las siguientes funciones con relación al cáncer:

- Prevención primaria** y diagnóstico: Información y concienciación del paciente sobre hábitos saludables y prácticas de riesgo que aumentan las probabilidades de contraer cáncer y la derivación a unidades de Atención Hospitalaria ante la sospecha de cáncer.
- Prevención secundaria:** Comunicación y colaboración en la captación de pacientes para las campañas de cribado para la detección precoz del cáncer.
- Seguimiento:** Seguimiento y continuidad asistencial de los pacientes con procesos oncológicos de una manera integral e integrada.
- Cuidados paliativos:** de forma exclusiva o en colaboración con unidades específicas.

Ilustración 24. Distribución de zonas básicas de salud por localización del área de salud. Año 2016.

Fuente: Sacyl.



3.5.2 RECURSOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

La red de Atención Hospitalaria de Sacyl comprende 14 centros hospitalarios, de los que 8 son complejos asistenciales, que agrupan varios edificios hospitalarios. Además, existen también 13 centros de especialidades periféricos.

Dentro del proceso asistencial, las unidades “core” involucradas en la atención al cáncer son las de Oncología Médica, Oncohematología, Oncología Radioterápica y Oncología Pediátrica. De forma adicional, y por intervención directa en los procesos diarios de atención, es importante conocer otras unidades u organismos asociados a la atención al cáncer como las Unidades de Cirugía, los comités de tumores -que son equipos multidisciplinares formados por profesionales de distintas especialidades-, las Unidades de Consejo Genético, las Unidades de Diagnóstico Rápido, etc.

Oncología Médica y Oncohematología

Los servicios de Oncología Médica y las Unidades de Oncohematología se orientan a la atención del paciente con cáncer desde el diagnóstico, incluyendo el tratamiento y seguimiento, hasta la curación o durante el período terminal del enfermo.

En total hay 13 servicios de Oncología Médica en Castilla y León. El Hospital Comarcal de Medina del Campo es el único que no dispone de este servicio, si bien tiene como hospital de referencia al Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

Asimismo, la Comunidad de Castilla y León dispone de 234 puestos de Hospital de Día para dar servicio a los tratamientos de Oncología Médica y Oncohematología en su territorio.

Oncología Radioterápica

El servicio de Oncología Radioterápica se centra en el tratamiento del paciente oncológico con radiaciones ionizantes.

La asistencia sanitaria en Oncología Radioterápica en Castilla y León se organiza en 5 servicios de referencia, concentrando la demanda y los recursos, lo que permite disponer de una masa crítica de pacientes que asegure la experiencia del personal facultativo.

Castilla y León dispone de 11 aceleradores lineales, 3 en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, 3 en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA), 2 en el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), 2 en el Hospital Universitario de Burgos y 1 en el Complejo Asistencial de Zamora (CAZA).

El abanico de técnicas que los recursos tecnológicos en Castilla y León brindan se diferencia en 2 grandes tipologías:

- Radioterapia externa y braquiterapia.
- Técnicas especiales, como la radiocirugía intracranial (RCX) o radioterapia estereotáxica fraccionada craneal (RTEF).

Actualmente la técnica estándar para el tratamiento de radioterapia externa es la radioterapia volumétrica conformada 3D, si bien en los Servicios de Oncología Radioterápica de nuestra comunidad la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) es una técnica habitual, constituyendo entre el 30 y el 80% de la actividad en radioterapia externa de los servicios de referencia.

La braquiterapia, técnica de radioterapia interna o curiterapia, se presta en el CAU de Salamanca y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Ambos centros son de referencia regional en braquiterapia de alta tasa ginecológica para el tratamiento de cáncer de cérvix. El HCUV también es centro de referencia regional en braquiterapia de baja tasa prostática y oftalmológica, siendo referencia nacional para esta última prestación.

El HCUV tiene previsto ampliar su cartera de servicios de braquiterapia de alta tasa. En una primera fase para el tratamiento del cáncer de próstata, y posteriormente para el cáncer de mama y de útero. Por lo que se refiere a las técnicas especiales que oferta Sacyl son:

- Radiocirugía intracraneal (RCX) con administración en sesión única.
- Radioterapia estereotáxica fraccionada craneal (RTEFC) con administración en varias sesiones.
- Radioterapia estereotáxica fraccionada corporal (SBRT) con administración en varias sesiones para tórax y abdomen.

Desde abril de 2015, el Hospital Universitario de Burgos dispone de las prestaciones de radiocirugía intracraneal y radioterapia estereotáxica fraccionada craneal atendiendo a las áreas de salud de Burgos, Soria y Palencia. En abril de 2016, el CAUSA puso en marcha estas dos técnicas asumiendo la atención de las áreas de salud de Salamanca, Ávila, Segovia, Zamora, León y Valladolid.

Así, estos dos centros pueden responder a la demanda de RCX y RTEF en la Comunidad, exceptuando aquellos casos susceptibles de derivación a centro de referencia, como es el caso de la patología funcional y pediátrica.

En el CAU de Salamanca se realizan los tratamientos de radioterapia estereotáxica fraccionada corporal (SBRT) para lesiones pulmonares, hepáticas, óseas y próstata además de la irradiación del neuroeje por tomoterapia, y la irradiación corporal total con electrones.

Oncología Pediátrica

La Oncología Pediátrica no es una especialidad reconocida en el catálogo de especialidades, por lo que son pediatras con formación y dedicación profesional específica al cáncer infantil los médicos que atienden a los pacientes oncológicos pediátricos.

En este sentido, la cobertura de la atención oncológica infantil y juvenil en Castilla y León se fundamenta en que en los 14 centros hospitalarios de la Comunidad hay Servicio de Pediatría. De forma específica, las Unidades de Oncología Pediátrica atienden a niños (<14 años), pero también pueden tratar a adolescentes. Estos criterios son propios de cada hospital, existiendo flexibilidad para adaptar el caso particular a los servicios de atención pediátrica o de adultos.

En Castilla y León, 8 Hospitales (Burgos, El Bierzo, Palencia, Salamanca, Soria, Río Hortega y Clínico en Valladolid y Zamora) tienen hospitalización pediátrica que proporciona un ingreso en condiciones de especialización de los cuidados al paciente pediátrico.

En los Complejos Asistenciales Universitarios de Burgos, León, Salamanca y en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid existen unidades de referencia para la comunidad de Castilla y León de Cirugía Pediátrica, Cuidados Intensivos Pediátricos y Unidades Funcionales de Oncohematología Infantil.

El Hospital Clínico Universitario de Valladolid, en los últimos años, ha ampliado su cartera de servicios incluyendo radioterapia y neurocirugía pediátrica, que funcionan como unidades de referencia regional para evitar el desplazamiento de los niños fuera de la Comunidad. Del mismo modo, el CAU de Salamanca es unidad de referencia para trasplante de médula ósea alogénico infantil.

Otras unidades y organismos vinculados al cáncer Unidad de Diagnóstico Rápido

Sacyl, en 2012, ha puesto en marcha, en todos los hospitales de referencia de área, Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR). Dichas unidades están vinculadas a los Servicios de Medicina Interna y coordinadas con Atención Primaria y el Servicio de Urgencias Hospitalario, y están orientadas a mejorar la utilización hospitalaria y evitar demoras en el estudio diagnóstico de pacientes con enfermedades potencialmente graves que no precisen ingreso hospitalario, como las neoplasias.

Consejo genético en cáncer hereditario

Los programas de consejo genético tienen como objetivo reducir la morbilidad y mortalidad en sujetos con predisposición genética a padecer un cáncer hereditario.

El Programa de Consejo Genético en Cáncer Hereditario se puso en marcha en 2003 comenzando con cáncer de mama y ovario, ampliándose en el año 2005 al cáncer colorrectal.

Actualmente se dispone de tres Unidades de Consejo Genético de Cáncer (UCGC), que gestionan los casos derivados por los especialistas. Estas unidades están ubicadas en:

- **Hospital Universitario de Burgos:** referencia para las áreas de salud de Burgos, Palencia y Soria.
- **Complejo Asistencial Universitario de Salamanca:** referencia para las áreas de salud de Ávila, El Bierzo, León, Salamanca y Zamora.
- **Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid:** referencia para las áreas de salud de Valladolid Este, Valladolid Oeste y Segovia.

Los análisis genéticos necesarios para evaluar la carga genética de los casos de las diferentes unidades se realizan en el IBGM (Instituto de Biología y Genética Molecular) de la Universidad de Valladolid y el CIC (Centro de Investigación del Cáncer) de la Universidad de Salamanca.

Medicina Nuclear

Existen 4 servicios de Medicina Nuclear en Castilla y León, en el CAU de Burgos, el CAU de Salamanca, Hospital Clínico Universitario de Valladolid y el CAU de León.

Todos los servicios de Medicina Nuclear disponen de la tecnología SPECT/TAC (tomografía por emisión de fotones), y el CAU de Salamanca dispone además de equipamiento PET/TAC (tomografía por emisión de positrones).

Comité de tumores

El comité de tumores es un órgano de carácter multidisciplinar que tiene como misión valorar las opciones terapéuticas de los casos de patología oncológica. En él participan el conjunto de especialistas implicados en el proceso de diagnóstico, de estratificación, de tratamiento y de cuidados de los pacientes.

Actualmente existen 73 comités de tumores ubicados en los centros hospitalarios de Castilla y León, que abarcan un gran abanico de grupos especializados en mama, cabeza y cuello, aparato digestivo, melanomas, hígado, colon, etc.

Cirugía

El Servicio de Salud de Castilla y León cuenta con unidades quirúrgicas específicas vinculadas al ámbito oncológico:

- La Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal de referencia regional ubicada en el Hospital Universitario Río Hortega (HURH) de Valladolid. Las intervenciones que realiza esta unidad han demostrado que prolongan la supervivencia en procesos oncológicos considerados hasta ahora incurables.
- Los Servicios de Cirugía de los Complejos Asistenciales Universitarios de Burgos, León, Salamanca, el Hospital Universitario Río Hortega y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid desarrollan las

modalidades de trasplante relacionadas con los tratamientos oncológicos, como pueden ser trasplantes renales y hepáticos.

- Los Servicios de Hematología de los Complejos Asistenciales Universitarios de León y Salamanca, y el Hospital Universitario Río Hortega son referentes en trasplante de médula ósea.

Tabla 10 abajo. Trasplantes vinculados a tratamiento oncológico desarrolladas por los centros hospitalarios de Castilla y León.

Fuente: Sacyl.

Localización del trasplante	CAUBU	CAULE	CAUSA	HURH	HCUV
Médula ósea alogénico					
Médula ósea alogénico emparentado					
Médula ósea alogénico infantil					
Médula ósea autólogo					
Páncreas / páncreas-riñón					
Hepático y hepatorenal					
Renal					
Renal de donante vivo					
Renal donante en asistolia					

Unidad de Tratamiento del Dolor

Las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD) son pieza clave en los períodos de tratamiento oncológico, para disminuir el sufrimiento del paciente y hacer más viable su tratamiento y la calidad de vida durante el proceso. El abordaje del dolor se lleva a cabo de forma multidisciplinar y en base a programas integrales.

Estas unidades están especializadas en el manejo y tratamiento de todo tipo de cuadros dolorosos complejos, especialmente aquellos resistentes a tratamiento convencional, o en casos de pacientes especiales que no toleren esos tratamientos o precisen fármacos o técnicas especiales de tratamiento.

Se dispone de 7 Unidades de Tratamiento del Dolor, situadas en: el Hospital Universitario de Burgos, el

CAU de León, el Hospital de El Bierzo (HBZO), el CAU de Palencia, el CAU de Salamanca, el Complejo Asistencial de Zamora y la Unidad de Tratamiento del Dolor de Valladolid, constituida como una alianza estratégica entre el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y Hospital Universitario Río Hortega. La Unidad de Tratamiento del Dolor de Valladolid es referencia para los Complejos Asistenciales de Segovia y Soria, mientras que la Unidad del CAU de Salamanca es referencia para el Complejo Asistencial de Ávila.

La atención que prestan las Unidades de Tratamiento del Dolor se desarrolla en consulta externa, en hospitalización convencional, y en la realización de técnicas y procedimientos quirúrgicos.

ÁREAS DE ACTIVIDAD	CAUBU	CAULE	HBZO	CAPA	CAUSA	ALIANZA HCUV-HURH	CAZA
Hospitalización							
Consultas Externas							
Actividad Quirúrgica							
Técnicas Realizadas							

Tabla 11 arriba. Áreas de actividad de las Unidades de Tratamiento del Dolor.

Fuente: Sacyl.

Las UTD de Valladolid y Salamanca se consideran de nivel III (Unidad Multidisciplinar) y por tanto tienen capacidad para tratar a pacientes con dolor crónico de cualquier etiología, abordando aspectos médicos, psicológicos, sociales y laborales. Ofertan atención en consulta externa de diagnóstico y tratamiento, Hospital de Día, hospitalización convencional y realización de procedimientos quirúrgicos e interconsultas.

La Unidad del Dolor Infantil fue puesta en marcha en abril de 2017 y está integrada dentro de la Unidad del Dolor de Valladolid, siendo de **referencia para toda la población infantil de la Comunidad** una vez superadas las posibilidades terapéuticas de sus centros de referencia, ofreciendo terapias específicas y un abordaje multidisciplinar para tratar el dolor de los pacientes pediátricos.

3.5.3 RECURSOS DE ATENCIÓN URGENTE

La atención urgente se compone de la actividad en Servicios de Urgencias Hospitalarias, centros de guardia y PAC (Punto de Atención Continuada), y los recursos de Emergencias Sanitarias para el desplazamiento de la atención a lugares fuera de los centros de atención sanitaria.

Existen 14 Servicios de Urgencias Hospitalarias, uno en cada Complejo Asistencial/Hospital de Castilla y León. En el ámbito de Atención Primaria, la atención urgente se presta a través de los **PAC**, en los centros de salud y en los **centros de guardia** de algunos consultorios locales.

La atención de emergencias está gestionada por la Gerencia de Emergencias Sanitarias. Las emergencias se coordinan a través del **Centro Coordinador de Urgencias (CCU-Sacyl)** único para toda la Comunidad. Este centro gestiona los diferentes recursos móviles: 23 Unidades Móviles de Emergencias (UMEs), 3 Helicópteros Sanitarios (HEMS), 117 Unidades de Soporte Vital Básico (USVB) y 3 Vehículos de Apoyo Logístico.

3.5.4 CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos tienen el objetivo fundamental de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. En Castilla y León se está impulsando un modelo asistencial articulado en torno a la Atención Primaria, pero con un segundo nivel asistencial con recursos expertos y avanzados en atención paliativa que intervendrán ante situaciones de alta complejidad o cuando la enfermedad se encuentre en fase avanzada terminal.

Entre las funciones que asumen las Unidades de Cuidados Paliativos, se encuentra la administración de analgesia para minimizar el dolor, el soporte psicológico al paciente y familiares, así como la atención de las posibles comorbilidades que el paciente pueda presentar.

Adicionalmente a los 247 EAP (Equipos de Atención Primaria), los recursos de cuidados paliativos se organizan en **15 Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos (ESDCP)**, **5 Equipos de Hospitalización a Domicilio (HADO)**. Además, se disponen de **148 camas** para cuidados paliativos en el ámbito hospitalario.

A esta red asistencial hay que añadir los recursos aportados por **la Asociación Española contra el Cáncer (AECC)**, psicólogos clínicos que se integran en los ESDCP y la **Obra Social “La Caixa”**, 2 Equipos de Atención Psicosocial (EAPS).

3.5.5 RECURSOS HUMANOS

En la atención del paciente oncológico intervienen de forma coordinada y atendiendo a las necesidades del paciente en cada una de las fases de su proceso diferentes perfiles profesionales.

- **Prevención:** desde una perspectiva puramente asistencial, las intervenciones de educación en salud corresponden fundamentalmente a los Equipos de Atención Primaria (médico de familia, pediatra y personal de enfermería), quienes llevan a cabo estas actuaciones tanto en consulta como a través de acciones comunitarias (centros educativos, residencias, etc.).

- **Detección precoz:** los profesionales de Atención Primaria son un eslabón clave en los programas de detección precoz que impulsa el Servicio de Salud de Castilla y León, dándolos a conocer entre sus pacientes y ayudando a su captación.

- **Diagnóstico:** el diagnóstico definitivo se lleva a cabo en el ámbito hospitalario mediante la realización de una serie de pruebas diagnósticas determinadas. La realización de estas pruebas diagnósticas podrá ser indicada por el médico de Atención Primaria o bien por un profesional sanitario del ámbito hospitalario. Dependiendo de la sospecha de cáncer de que se trate se indicarán unas pruebas u otras. En la confirmación diagnóstica participarán también los Servicios de Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Laboratorio, etc.

Además, si el paciente requiere apoyo psicológico, podrá ser atendido por un psicólogo clínico, el cual le prestará su apoyo a lo largo de su proceso. Igualmente, también pueden intervenir otros perfiles como los trabajadores sociales del hospital o de Atención Primaria.

En todo este proceso, es muy importante el papel de la enfermería para reforzar el conocimiento del paciente sobre el manejo de su enfermedad y establecer las recomendaciones necesarias.

- **Tratamiento:** una vez confirmada la sospecha diagnóstica de cáncer, se debe valorar el tratamiento más adecuado para las circunstancias clínicas del paciente. Para ello, es altamente recomendable revisar el caso en el comité de tumores, el cual está integrado por un equipo multidisciplinar (oncólogos médicos, cirujanos, oncólogos radioterapeutas, farmacéuticos de hospital y otros profesionales sanitarios).

Entre las actividades que desarrollan los farmacéuticos de los servicios de Farmacia Hospitalaria, figuran la preparación de los tratamientos de quimioterapia en instalaciones adecuadas para ello, la comprobación de las prescripciones y el asesoramiento sobre las interacciones medicamentosas, la adecuación a los protocolos y la seguridad del medicamento, la información al paciente sobre los efectos secundarios y la forma de prevenirlos.

Durante el tratamiento o como continuidad al mismo también interviene el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación (prevención y tratamiento de linfedemas, ...).

El papel de enfermería también es muy relevante durante el tratamiento, tanto por su actividad más clínico-asistencial como por la labor de gestión de casos y de educación sanitaria (toma de medicación, cuidado de estomas, etc.).

Previo al inicio del tratamiento, puede ser aconsejable la valoración de un endocrinólogo que determine el estado nutricional del paciente, al igual que la valoración de un odontólogo, dado que, dependiendo de la agresividad de los tratamientos, éstos pueden afectar a las piezas dentales del paciente.

- **Seguimiento:** el seguimiento del paciente se podrá hacer por uno o de forma coordinada por varios servicios: Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Cirugía, Hematología y Equipo de Atención Primaria. En este proceso, los profesionales en contacto con el paciente colaborarán en compartir la información disponible para una mejor asistencia y seguimiento del mismo (efectos secundarios, adherencia terapéutica, etc.).

- **Cuidados Paliativos:** la prestación de cuidados paliativos debe ser tenida en cuenta desde la confirmación diagnóstica y aplicarse de forma progresiva hasta los últimos días del paciente, en que la dedicación será plena. El Equipo de Atención Primaria se coordinará con los Equipos de Cuidados Paliativos para prestar la asistencia más acorde a las necesidades del paciente y su familia.

En aquellos centros asistenciales que no cuentan con especialistas dedicados a la atención oncológica (no tienen servicio de Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Medicina Nuclear, etc.), los pacientes son derivados a un hospital de referencia, habiéndose creado la figura de la enfermera gestora de casos de oncología que coordina la derivación de los pacientes entre los centros sanitarios, también a través de la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) del hospital derivador que presta apoyo a los pacientes en la gestión de citas, coordinación de pruebas diagnósticas, seguimiento telefónico, etc.

PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO



PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO



Ilustración 25 arriba.
Proceso de atención al paciente oncológico.

Fuente: Adaptación de “Construyendo el viaje del paciente oncológico” de José Ignacio Chacón López-Muñiz y Ana Rosa Rubio Salvador. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

3.6 ACTIVIDAD SANITARIA VINCULADA A LA ATENCIÓN AL CÁNCER EN CASTILLA Y LEÓN

Servicio de Oncología Médica

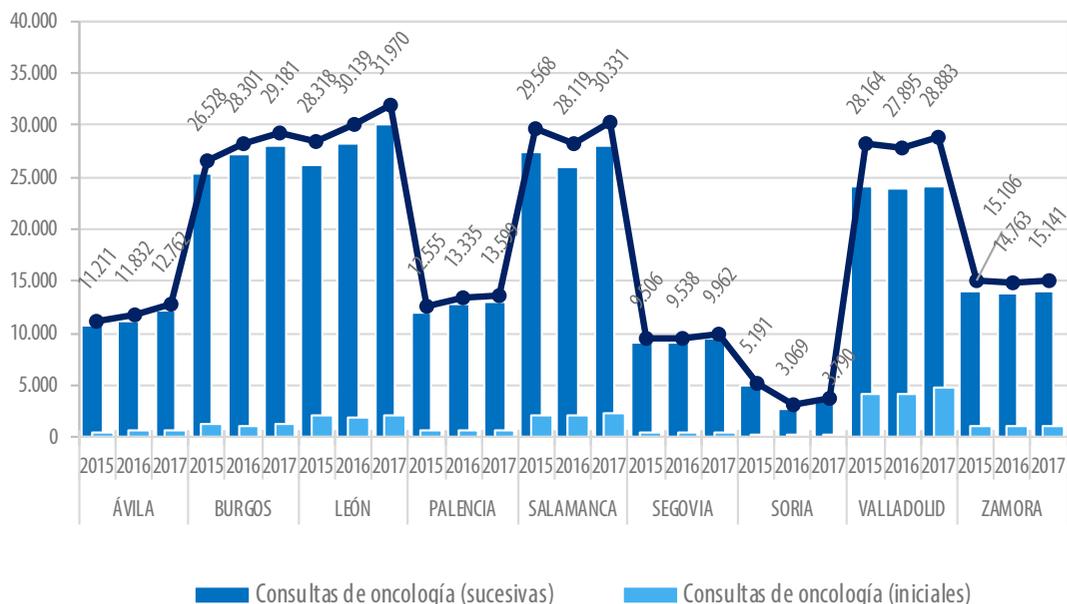
Consultas externas

En el año 2017, el Servicio de Salud en Castilla y León realizó un total de 175.619 consultas de Oncología Médica, de las que 13.320 eran primeras y 162.299 sucesivas, lo que representaba respectivamente el 7,58% y el 92,42%. Si se toma como referencia el periodo 2015 a 2017, la actividad de las consultas de Oncología Médica creció un 5,70%, como consecuencia del incremento en el número de primeras consultas que fue del 7,01%.

Durante este tramo de tiempo, el número de consultas totales creció en casi todas las provincias, con la excepción de Soria, donde a pesar de que el volumen de primeras consultas se incrementó, el número total de consultas se redujo un 26,99%, como consecuencia de un descenso significativo de la actividad de las consultas sucesivas. Las provincias de Ávila, León y Burgos han registrado en dicho periodo unos crecimientos del volumen total de consultas del 10% o superiores. La actividad en la provincia de Zamora apenas experimenta variación.

Ilustración 26 abajo.
Ilustración 26. Evolución del número de consultas externas de Oncología Médica. Años 2015-2017.

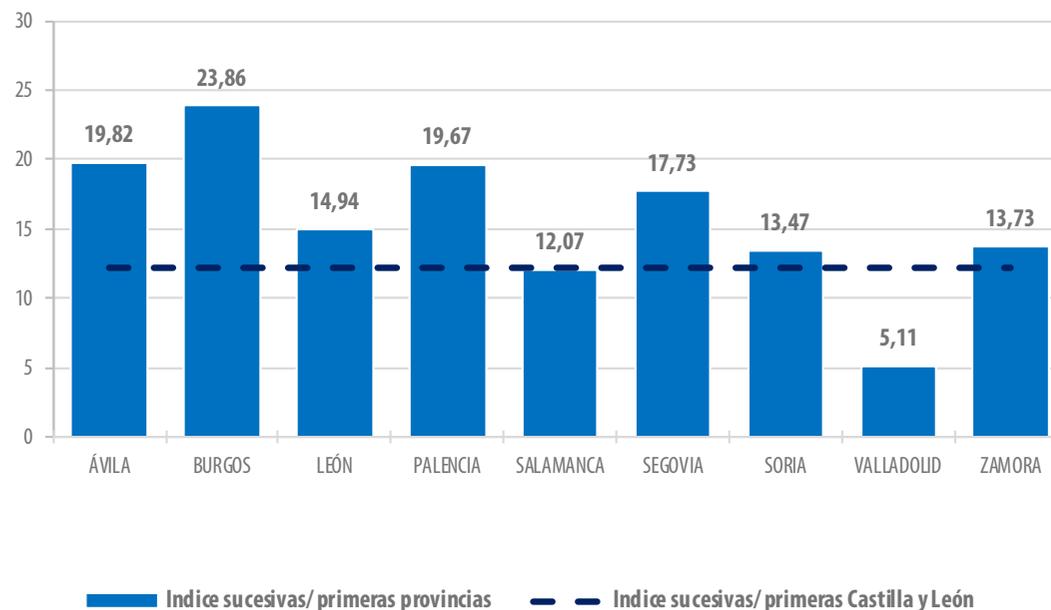
Fuente: Sacyl.



Por lo que se refiere a la relación que existe entre las consultas sucesivas y las primeras, en el año 2017, la media en Castilla y León estaba en 12,18 consultas de seguimiento por cada primera. Por provincias, Burgos presentaba la ratio mayor, 23,86, seguida de Ávila y Palencia que también presentaban índices elevados, de 19,82 y 19,67, respectivamente. En cambio, en la provincia de Valladolid, esta relación era tan solo de 5,11.

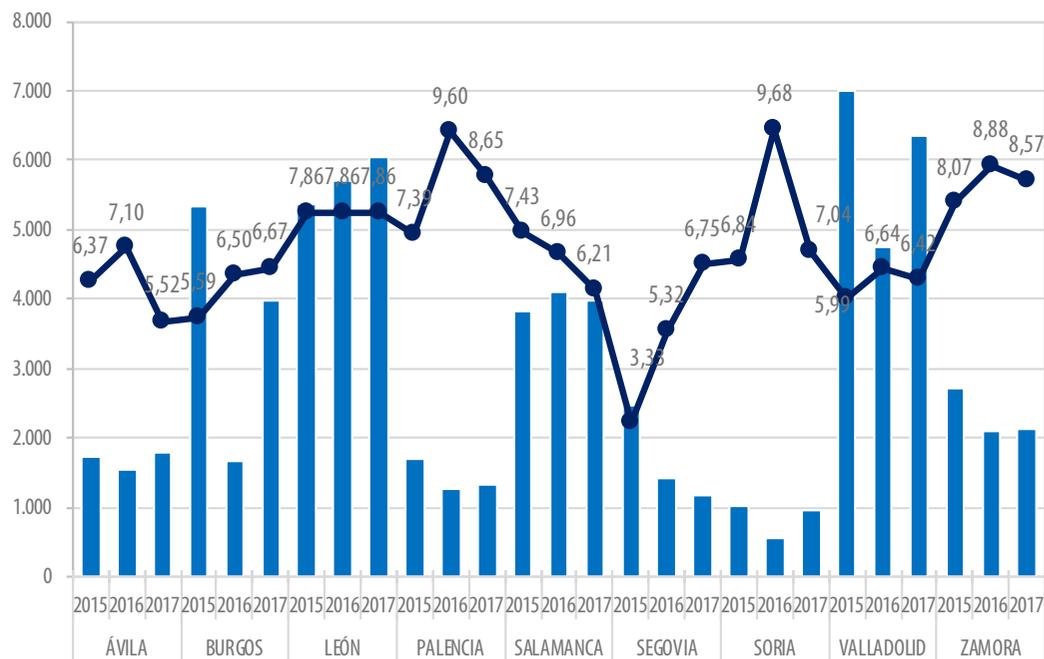
Ilustración 27 abajo.
Índice de consultas sucesivas / primeras en Oncología Médica. Año 2017.

Fuente: Sacyl.



Hospitalización en Unidades de Oncología Médica

Durante el periodo considerado, 2015 a 2017, el número de ingresos se ha reducido de forma significativa en un 11,17%, pasando de 31.142 ingresos en el año 2015 a 27.664 en 2017. La estancia media en Castilla y León era en el año 2017 de 6,99 días, presentando para Ávila el menor tiempo medio de hospitalización, 5,52 días, frente a Palencia y Zamora que alcanzaban las mayores estancias medias, 8,65 y 8,57 respectivamente.



■ Número de ingresos ● Estancia media

	Año 2015	Año 2016	Año 2017
Estancia media Castilla y León	6,51	7,38	6,99

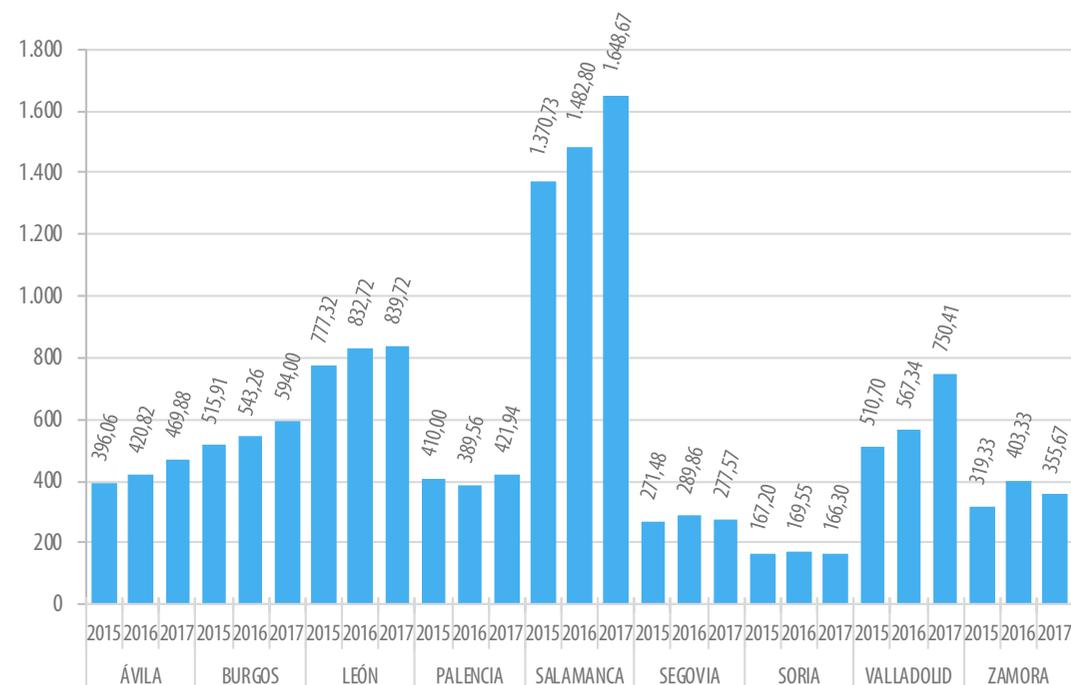
Ilustración 28 arriba. Evolución del número de ingresos y estancia media en las Unidades de Hospitalización de Oncología Médica. Años 2015-2017.

Fuente: Sacyl.

Hospital de Día Oncológico y Oncohematológico

Por lo que se refiere al número de puestos en Hospitales de Día Oncológicos y Oncohematológicos, Castilla y León dispone de un total de 234, sin que haya habido variación en los últimos años. Asimismo, el volumen total de tratamientos realizados en la región en el año 2017 ascendía a 143.489, lo que por término medio representaba 613,20 tratamientos por puesto.

Del análisis comparado por provincias, destaca Salamanca cuya ratio de tratamiento por puesto, en el año 2017, se situaba en 1.648,67, casi el doble que León, que, con una media de 839,72 era el segundo que más tratamientos por puesto realizaba



NÚMERO DE PUESTOS	Año 2015	Año 2016	Año 2017
Ratio media en Castilla y León	514,85	554,09	613,20

Ilustración 29 arriba. Número de puestos y número medio de tratamientos por puesto de H.D. Oncológico/ hematológico. Años 2015-2017.

Fuente: Sacyl.

Servicio de Farmacia Hospitalaria

Consumo hospitalario en medicamentos global

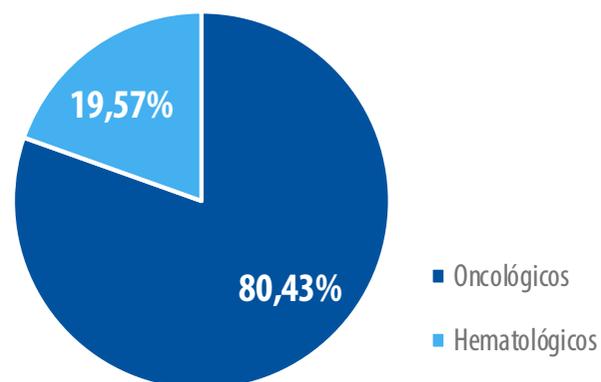
En el análisis de este apartado se considera el consumo de medicamentos citostáticos y medicación adyuvante de elevado impacto económico, que se administran a pacientes ambulatorios y hospitalizados y se dispensan a pacientes externos.

El número de pacientes en 2017 que requirieron fármacos oncohematológicos, ha sido de 15.944, lo que supuso un incremento del 2,47% con relación al año anterior.

GRS	Oncológicos		Hematológicos		Total	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
nº pacientes	12.387	12.824	3.173	3.120	15.560	15.944
nº pac/pp*10 ⁵	516	537	132	131	648	667
Δ (%) pacientes	3,53%		-1,67%		2,47%	

nº pac/pp*10⁵: número de pacientes por 100.000 habitantes.

Por lo que se refiere únicamente al tratamiento hospitalario con medicamentos oncológicos, durante el año 2017, se atendieron las necesidades de 12.824 pacientes, frente a los hematológicos que representaron 3.120.



De esta forma, los pacientes con consumo hospitalario en medicamentos de Oncología representaron el 80,43%, mientras que los de Hematología, el 19,57%.

Tabla 12 arriba. Evolución del número de pacientes en tratamiento activo Oncohematológico en los servicios de Farmacia de los hospitales en Castilla y León. Años 2016-2017.

Fuente: Sacyl.

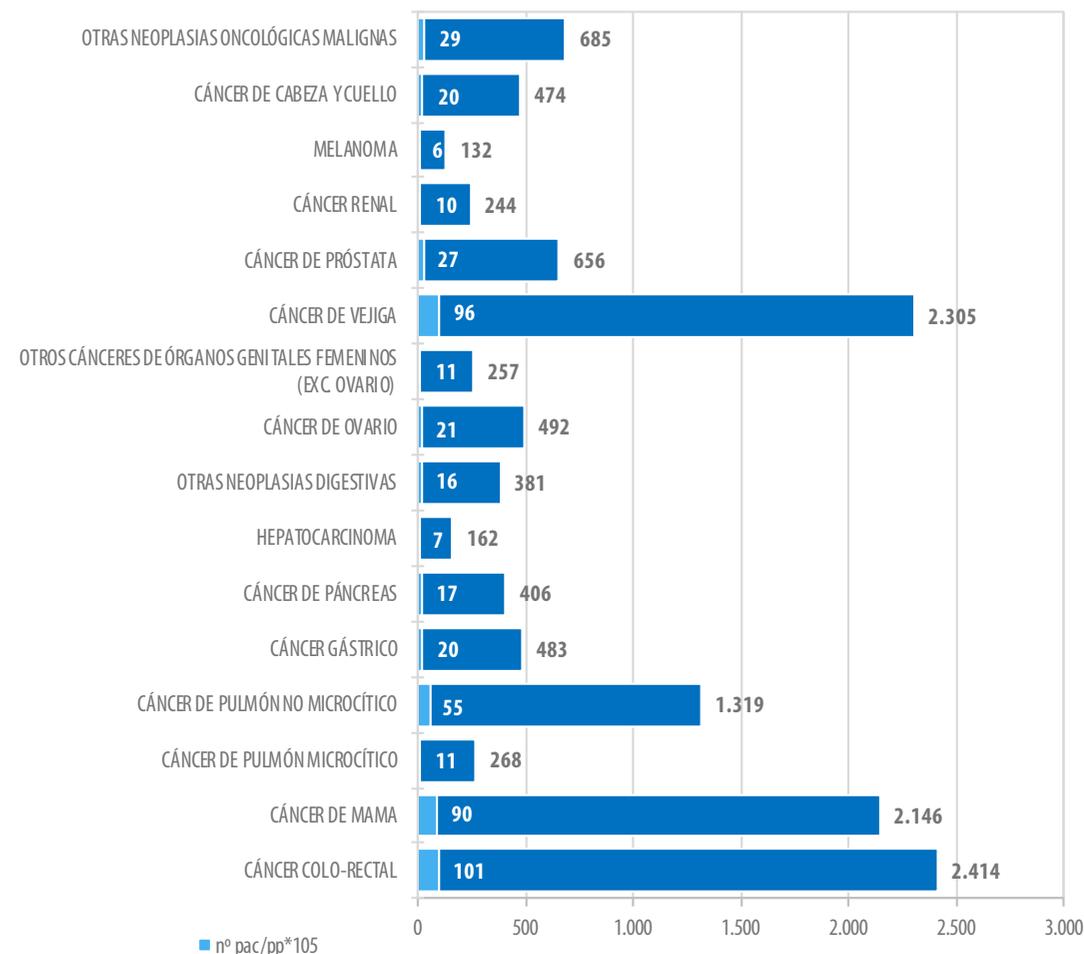
Ilustración 30 izquierda. Distribución del número de pacientes con tratamiento oncohematológico. Año 2017.

Fuente: Sacyl.

Consumo hospitalario en medicamentos oncológicos
Los Servicios de Farmacia Hospitalaria han atendido un mayor número de pacientes con necesidades farmacológicas derivadas de cáncer colorrectal, de vejiga y de mama, 2.414, 2.305 y 2.146 pacientes respectivamente.

Ilustración 31 abajo. Detalle del número de pacientes en tratamiento activo oncológico en los servicios de Farmacia de los hospitales en Castilla y León. Año 2017.

Fuente: Sacyl.

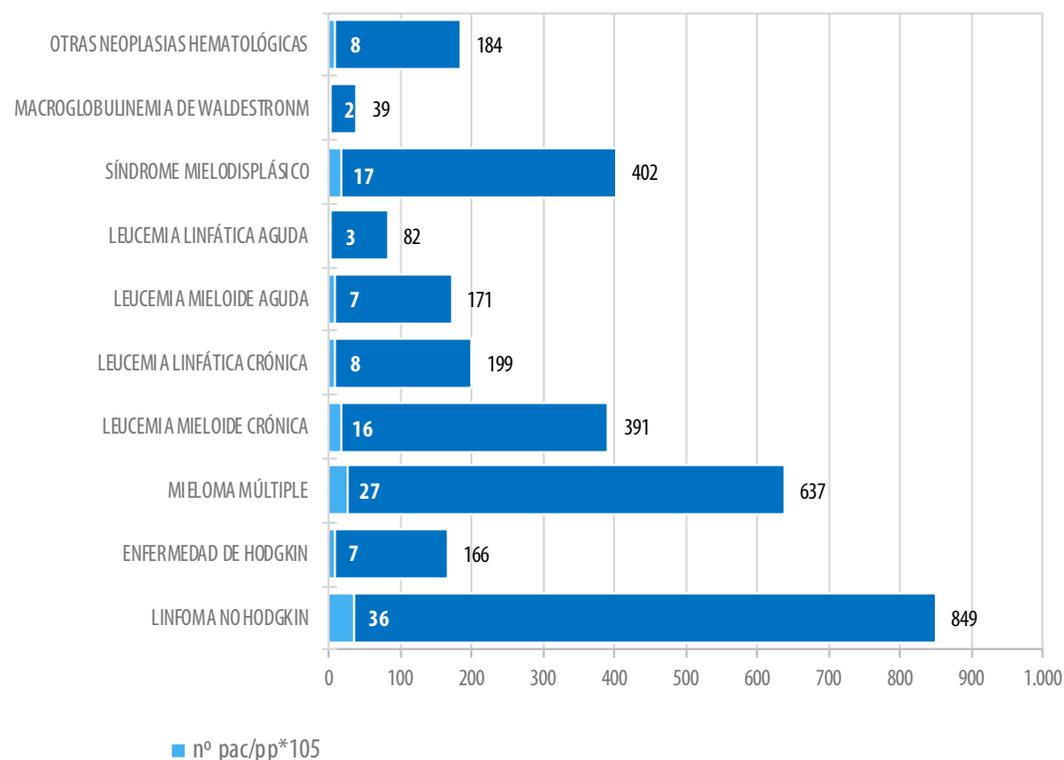


nº pac/pp*10⁵: número de pacientes por 100.000 habitantes.

Consumo hospitalario en medicamentos hematológicos

En lo relativo al consumo hematológico, el mayor volumen de necesidades de pacientes se concentra en el linfoma no Hodgkin, el mieloma múltiple, el síndrome mielodisplásico y la leucemia mieloide crónica, 949, 637, 402 y 391 respectivamente.

Ilustración 32 abajo. Detalle del número de pacientes en tratamiento activo Hematológico en los servicios de Farmacia de los hospitales en Castilla y León. Año 2017. Fuente: Sacyl.



nº pac/pp*10⁵: número de pacientes por 100.000 habitantes.

Tabla 13 derecha arriba. Evolución de la oferta de plazas MIR para Oncología Médica en Castilla y León. Años 2013 - 2018. Fuente: Sacyl.

Tabla 14 derecha abajo. MIR para Oncología Médica en Castilla y León. Años 2017 - 2018. Fuente: Sacyl.

3.7 FORMACIÓN Y DOCENCIA

3.7.1 FORMACIÓN DE PREGRADO Y DE ESPECIALISTAS

Es preciso tener en cuenta que la oferta docente condiciona la capacidad futura del propio sistema para atender las necesidades de salud de la población y para impulsar la calidad de la atención y de los resultados en salud, en particular a través de la especialización.

Actualmente, en Castilla y León la formación de pregrado en medicina se imparte en las Universidades de Salamanca y de Valladolid, mientras que el grado de enfermería se ofrece también en las Universidades de Burgos y de León, existiendo una escuela universitaria de enfermería en todas las provincias.

La especialización de los médicos se realiza a través del sistema Médico Interno Residente (MIR). El número de plazas ofertadas de MIR determinan la capacidad de especialización médica del sistema. En relación con el cáncer existen dos especialidades médicas: Oncología Médica (5 años de residencia, desde el año 2013) y Oncología Radioterápica (4 años).

Castilla y León dispone de 4 unidades de Oncología Médica con un total de 7 plazas acreditadas.

Centro	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
CAU de Burgos	1	1	2	2	2
CAU de León	1	1	1	1	1
CAU de Salamanca	2	2	2	2	2
H.U. Río Hortega	1	1	1	1	1
Total	5	5	6	6	6

Centro	R1	R2	R3	R4	R5	Total
CAU de Burgos	2	2	1	1	1	7
CAU de León	1	1	1	1	0	4
CAU de Salamanca	2	2	2	2	3	11
H.U. Río Hortega	1	1	1	2	0	5
Total	5	5	6	6	6	

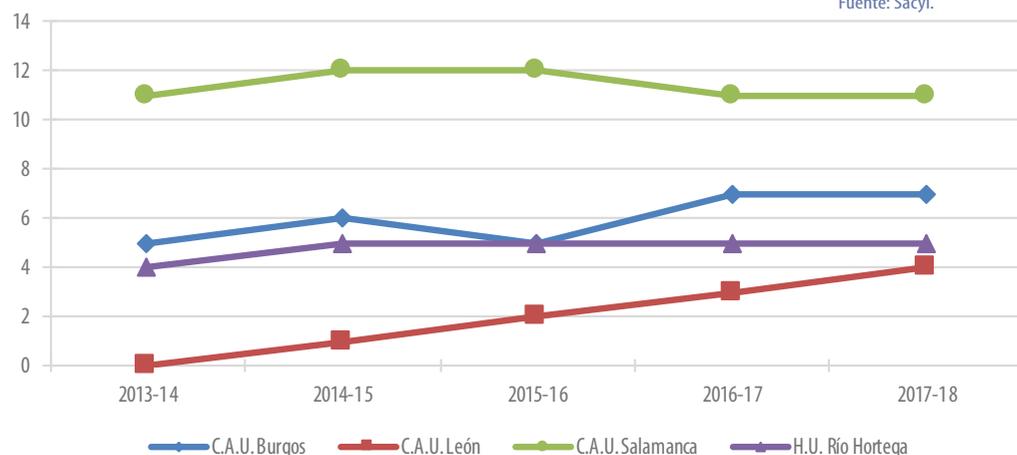
Entre los años 2013 y 2017 los MIR de Oncología Médica disponibles han aumentado un 35%. Esto es debido a un incremento de la oferta de plazas formativas y a que la Unidad Docente del CAU de León se acreditó en el año 2011 y se oferta por primera vez para el curso 2013-2014.

Ilustración 33 abajo. Evolución del nº de residentes en Oncología Médica en Castilla y León. Años 2013-2018

Fuente: Sacyl.

Tabla 15 abajo. Oferta de plazas MIR para Oncología Radioterápica en Castilla y León. Años 2017 - 2018

Fuente: Sacyl.



La Oncología Radioterápica en Castilla y León dispone de dos unidades con 2 plazas acreditadas, ofertándose 1 plaza al año en la Comunidad desde el año 2013.

En Castilla y León existen reconocidas dos unidades de Oncohematología infantil:

- CAU de Salamanca, el cual es además centro de referencia autonómico para trasplantes de médula ósea infantil.
- Hospital Clínico Universitario de Valladolid, que incluye servicios de radioterapia infantil y neurocirugía infantil.

Actualmente, la Oncohematología pediátrica no se reconoce como especialidad MIR. El personal de unidades de Oncohematología pediátrica son pediatras que se forman de manera individual.

Centro	R1	R2	R3	R4	Total
CAU de Salamanca	1	0	1	0	2
H.C.U. de Valladolid	0	1	0	1	2

3.7.2 FORMACIÓN CONTINUADA

La formación continuada de los profesionales sanitarios permite la actualización de conocimientos y técnicas mejoradas gracias a la investigación y la innovación: la realización de nuevos estudios epidemiológicos, los avances en farmacología y el desarrollo de nuevas técnicas radioterápicas son, entre otros, factores clave en la necesidad de impulsar la formación continuada de los profesionales vinculados al ámbito oncológico.

En el marco de la formación continuada vinculada a oncología, Sacyl ha organizado en los últimos años (2012-2017) un total de 176 acciones formativas con un total 5.523 plazas formativas, lo que supone por término medio anualmente, 29 ediciones y 921 plazas.

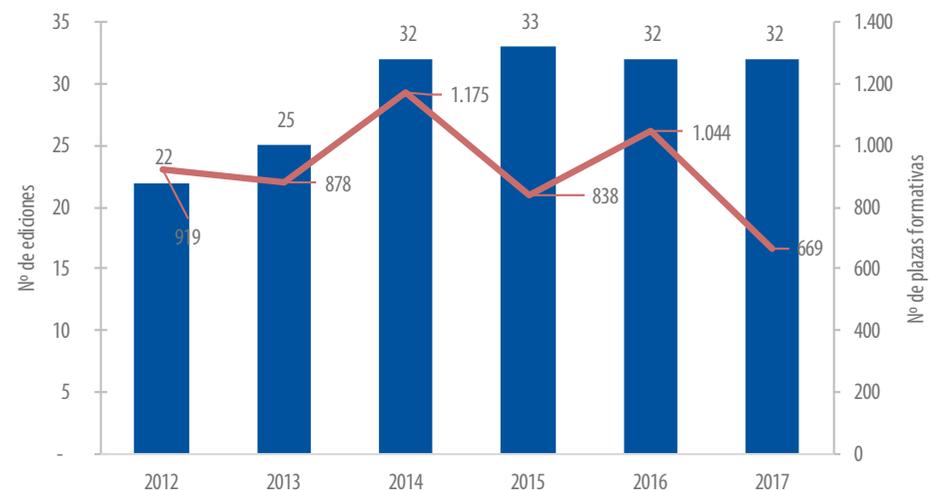


Ilustración 34 arriba. Evolución de las ediciones y plazas formativas. Años 2012-2017.

Fuente: Sacyl.

Los programas de formación continuada están liderados por la Gerencia de Asistencia Sanitaria, o en su caso, por las Gerencias de Atención Hospitalaria o Atención Primaria. Por otra parte, en la constitución de equipos multidisciplinares es esencial la formación de todos los profesionales sanitarios.

Entre estas actividades de formación continuada, cabe destacar que la Gerencia Regional de Salud promueve y apoya la formación específica y continuada de los farmacéuticos hospitalarios en diversas áreas y patologías concretas, como por ejemplo la oncohematología mediante la formación para la obtención de la acreditación en Oncología Farmacéutica (BCOP, Board Certified Oncology Pharmacist) que otorga el Board of Pharmaceutical Specialties (BPS) norteamericano.

3.8 INVESTIGACIÓN

El marco de coordinación de las actuaciones investigadoras financiadas por la administración regional está constituido por la Ley 17/2002, de 19 de diciembre, de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+i), y la Estrategia Regional de Investigación e Innovación para una especialización inteligente (RIS3) de Castilla y León 2014-2020, que es el documento de planificación de las políticas de ciencia y tecnología (I+D+i y Sociedad de la Información) de la Comunidad para dicho periodo. En el ámbito sanitario la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León y la Ley 10/2010, de 27 de septiembre, de Salud Pública y Seguridad Alimentaria de Castilla y León, contemplan entre sus objetivos, el fomento y la promoción de la investigación, y el desarrollo y la innovación en el ámbito de los centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales, con el apoyo de otras instituciones.

Dentro de este marco la Gerencia Regional de Salud desarrolla acciones de fomento y coordinación de la investigación y la innovación en el ámbito del cáncer entre las que destacan:

- **Línea de ayudas económicas para el desarrollo de proyectos de investigación en los centros de la Gerencia Regional de Salud.** Esta iniciativa pretende, no sólo potenciar la investigación de grupos con trayectoria investigadora consolidada sino, fomentar la creación de nuevos grupos, estimular a los jóvenes investigadores y promover el carácter colaborativo de las propuestas y la participación de equipos multidisciplinares y multiinstitucionales, enriqueciendo y facilitando el traslado de los resultados de la investigación a la práctica clínica a través de la incorporación de investigadores de otras entidades públicas o privadas.

- **Apoyo a centros y grupos de investigación en cáncer de reconocido prestigio como:**

- **IBSAL, Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca:** primer Instituto de investigación biosanitaria acreditado en Castilla y León. Se constituyó en 2011 mediante Convenio firmado por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León y la Universidad de Salamanca. A este convenio se sumó el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en 2012. El cáncer constituye, entre otras, una línea de investigación prioritaria para el IBSAL, cuya misión consiste en potenciar la investigación traslacional fomentando la sinergia entre grupos clínicos y básicos, partiendo de modelos de grupos traslacionales ya existentes, así como optimizar los recursos a través de servicios comunes y estructuras de gestión más eficientes.

- **CIC, Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca:** constituido alrededor del Instituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer (IBMCC), tiene carácter de Instituto Universitario Mixto, dependiente de la Universidad de Salamanca (USAL) y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Desde el CIC, centro integral de reconocido prestigio internacional se realiza investigación puntera en cáncer a nivel básico, aplicado y clínico lo que favorece el trasvase bidireccional de información entre la ciencia biomédica básica y la aplicada.

- **IBGM, Instituto de Biología y Genética Molecular:** es un centro mixto de la Universidad de Valladolid (UVA) y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). El IBGM articula su actividad alrededor de casi una veintena de líneas de investigación, centradas en el estudio de la Fisiopatología Molecular y Celular de enfermedades de alta incidencia, como son las cardiovasculares, respiratorias, metabólicas,

neurodegenerativas y tumorales. El departamento de Genética molecular de la enfermedad desarrolla un área específica de genética molecular del cáncer hereditario.

- **Biobanco en Red de Enfermedades Oncológicas de Castilla y León (BEOCyL):** dependiente de la Fundación Investigación del Cáncer de la Universidad de Salamanca (FICUS), cuenta con la integración de los nodos: CAU de Salamanca, CAU de León, CA de Segovia, CAU de Burgos, HCU de Valladolid, HURH de Valladolid y el Hospital Santiago Apóstol Miranda de Ebro. El Nodo central coordinador se ubica en el CIC. El Biobanco apoya la investigación del cáncer en la Comunidad, mediante la recogida, el procesamiento, el almacenamiento, la distribución y la cesión de muestras (tejidos, sangre y derivados, fluidos orgánicos de donantes sanos o pacientes oncológicos) junto con la información clínica y epidemiológica asociada a la muestra.

- **El Cluster Biotecyl:** asociación empresarial integrada por empresas pertenecientes al sector biotecnológico y Universidades y la administración, dinamiza e impulsa los sectores de Oncología y Biofarmacia en la región de Castilla y León, fomentando su desarrollo mediante actividades de innovación, investigación, cooperación y formación en aspectos claves para el sector, con el objeto de lograr la constitución de un sector altamente competitivo. La GRS es miembro del Clúster desde finales del año 2015.

- **Creación de redes de colaboración en investigación:** Impulso del proyecto “Centro en Red de Medicina Regenerativa y Terapia Celular de Castilla y León”, potenciando la capacidad de investigación de todos los integrantes. La investigación en terapia celular y medicina regenerativa proporciona información muy valiosa sobre los mecanismos que regulan la viabilidad, proliferación y diferenciación celular en condiciones normales y patológicas. En el campo del cáncer destacan el grupo del CIC y el grupo HUSAL-HEM del CAU de Salamanca.

- **Apoyo al desarrollo de ensayos clínicos en cáncer** en los centros de la GRS y al acceso de los pacientes de la comunidad a los ensayos activos en todas las áreas de salud

- **Puesta en marcha de la unidad SACYLINNOVA,** desde la que se trata de impulsar la innovación en sanidad como factor de crecimiento económico en la comunidad, integrando la investigación, el desarrollo tecnológico y la competitividad empresarial. La unidad promueve y apoya las iniciativas de innovación y transferencia del conocimiento entre los profesionales de la Gerencia Regional de Salud, siendo el cáncer un campo prioritario en esta materia.

3.9 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El conjunto de variables que se necesitan para el estudio de la evolución del cáncer en una población (incidencia, mortalidad, supervivencia, etc.), se nutren de los datos que se concentran en los registros poblacionales. Estos sistemas de información

constituyen la base para el estudio de tendencias y distribución de la enfermedad y también sientan las bases de las actuaciones de las autoridades sanitarias para atajar las enfermedades que inciden en la salud de la población.

3.9.1 REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER DE CASTILLA Y LEÓN

El Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León de la Consejería de Sanidad, se crea mediante la orden SAN/205/2005, de 8 de febrero, cumpliendo las directrices contempladas en la Estrategia Regional de Cáncer para el periodo 2002-2004. Asimismo, la orden SAN/1363/2004, de 27 de agosto, crea el fichero automatizado con datos de carácter personal, denominado Registro de Cáncer de Castilla y León. Este Registro sigue las normas internacionales para la introducción y validación de los datos con el objetivo de garantizar su precisión y exhaustividad.

se dispone de la aplicación informática "RECA" (Registro de Cáncer Poblacional de Castilla y León). Esta aplicación, integra la información de todas las fuentes de información del registro, incluidos los registros hospitalarios de tumores (RHT) y del resto de fuentes de información de la Comunidad. Igualmente, se cuenta con la aplicación ASEDAT (Aplicación de Selección y Extracción de Datos Tumoraes), que selecciona aquellos pacientes que tienen un diagnóstico de cáncer y para cada tumor, extrae sus variables principales, partiendo, entre otros, de la información de las altas hospitalarias y de anatomía patológica, como apoyo facultativo para la elaboración de los RHT.

Para la integración de la información en el Registro de base poblacional de cáncer de Castilla y León,

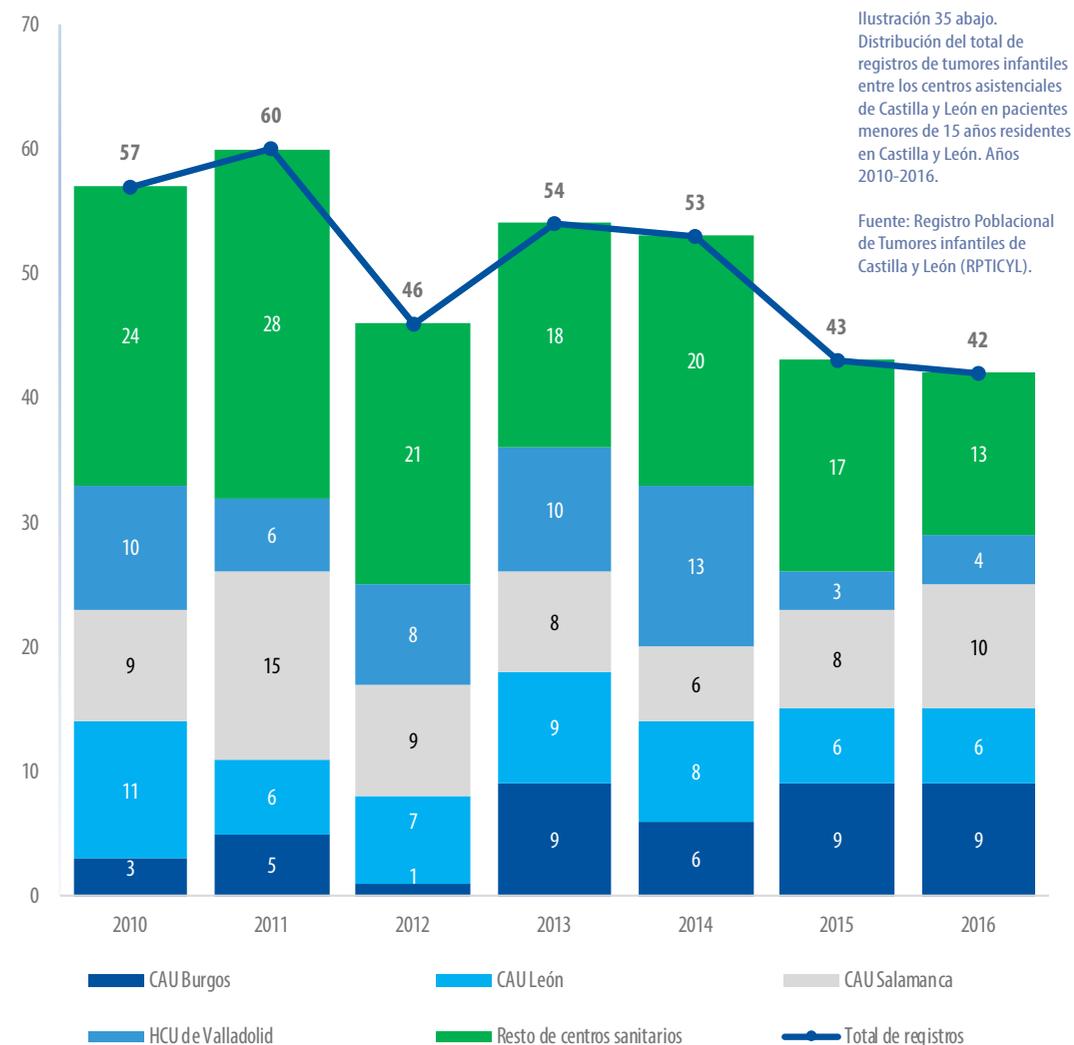
3.9.2 REGISTRO POBLACIONAL DE TUMORES INFANTILES DE CASTILLA Y LEÓN (RPTICYL)

El Registro Poblacional de Tumores Infantiles en Castilla y León (RPTICYL) se pone en marcha para conocer con mayor precisión esta enfermedad en niños, al tener características diferenciales de epidemiología, evolución clínica, y pronóstico, respecto a los tumores en adultos, así como una menor frecuencia

de aparición. Este registro se constituye como un sistema de información específico que permite la identificación de los tumores por procedimientos de búsqueda activa en los centros de la red sanitaria de la Comunidad Autónoma y que, de manera complementaria al Registro Poblacional de Cán-

cer, contempla la recogida de información sobre la evolución clínica de los casos de tumores infantiles incluidos. La Orden SAN/1089/2010, de 21 de julio, crea el Registro Poblacional de Tumores Infantiles de Castilla y León de la Consejería de Sanidad de Castilla y León y comienza la recogida de datos en los centros sanitarios.

Para la recogida de los datos se utiliza la aplicación informática "TUIN", que ha sido creada para gestionar el RPTICYL permitiendo introducir la información correspondiente a un nuevo caso, consultar y modificar la información de los casos registrados y grabar los resultados del seguimiento de los casos previamente introducidos.



LA UNIÓN EUROPEA HA ADQUIRIDO EL COMPROMISO DE LOGRAR PARA 2020 REDUCIR UN 15% LA INCIDENCIA DEL CÁNCER Y SU POLÍTICA DE COMUNICACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS CONCENTRADA EN EL CÓDIGO EUROPEO CONTRA EL CÁNCER.

¿CÓMO ABORDAR LOS RETOS Y SEGUIR AVANZANDO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN CASTILLA Y LEÓN?

4

4.1 EL CÁNCER, UNA PRIORIDAD A NIVEL MUNDIAL

En 2015 el cáncer causó 8,8 millones de defunciones en todo el mundo, según datos de la OMS. Las estadísticas pertenecientes a la OMS sitúan a esta enfermedad como una de las más frecuentes y la segunda causa de muerte a nivel mundial. Sus estimaciones pronostican que el número de nuevos casos de cáncer ronde en 2020 los 15 millones anuales, un 50% más que en la actualidad. Actualmente, Europa sufre el 24,4% del total de nuevos casos anuales, detrás de Asia con el 48% y delante de América con el 20,5%.

El proceso de atención al cáncer para la OMS se delimita por cuatro áreas de actuación: la prevención como elemento vital para conseguir reducir las ratios de nuevos diagnósticos, la detección precoz cimentada en los programas de tamizaje o cribado (cuello uterino, mama, y colorrectal), el tratamiento efectivo de los pacientes diagnosticados y los cuidados paliativos para reducir los episodios de dolor y dignificar el proceso de final de la vida.

PROCESO DE ATENCIÓN AL CÁNCER

PREVENCIÓN DEL CÁNCER

Tabaco
Alcohol
Dieta
Actividad física
Medioambiente
Salud ocupacional

TAMIZAJE Y DETECCIÓN PRECOZ

Localizaciones seleccionadas:
CUELLO UTERINO
MAMA
COLORRECTAL

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Anatomía Patológica
Cirugía
Radioterapia
Quimioterapia
Rehabilitación

CUIDADOS PALIATIVOS

Servicios de cuidados paliativos
Acceso a opioides

PROCESO DE ATENCIÓN AL CÁNCER

GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE

Plan de cáncer, guías de práctica clínica, registros de cáncer,

PROGRAMAS DE CÁNCER

capacitación, equipamiento, investigación, alianzas

Las organizaciones internacionales de salud como la OMS se han centrado y continúan trabajando en los aspectos clave, desarrollando iniciativas para:

- Ampliar el impacto que la prevención tiene en las ratios de incidencia; según la OMS; hasta un tercio de los cánceres se pueden evitar. Para ello, es necesario reducir los factores de riesgo asociados al estilo de vida como el consumo de tabaco, la obesidad, y el consumo de alcohol. También aumentar la promoción de la vacunación de VPH (papilomavirus humanos), la reducción de la contaminación del aire, etc.
- Control del cáncer aplicado a la mejora de la calidad de la detección y diagnóstico de cáncer, especialmente orientado a la detección temprana de cáncer de mama, cervical y colorrectal.
- Elevar la calidad de la radioterapia y el acceso a fármacos de quimioterapia asequibles para el tratamiento.
- Ampliar el acceso a los programas de cuidados paliativos y a los opioides para el alivio del dolor, el tratamiento de los síntomas y la gestión de las situaciones de final de la vida.
- Trabajar con los gobiernos para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud para todos los pacientes con cáncer, con los objetivos de reducir sus gastos sanitarios y mejorar la calidad de vida y las oportunidades de supervivencia.

El Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 de la OMS tiene como objetivo reducir en un 25% la mortalidad prematura causada por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas de aquí a 2025. En este marco, la OMS, con la colaboración de otras instituciones nacionales e internacionales, trabaja para aumentar el compromiso político con la preven-

ción y el tratamiento del cáncer, coordinar y llevar a cabo investigaciones sobre las causas del cáncer, y hacer un seguimiento de la carga de la enfermedad, como parte de la labor de la iniciativa mundial para la elaboración de registros oncológicos.

Entre las actuaciones para impulsar su abordaje están el diseño de las estrategias prioritarias para prevenir y tratar el cáncer, generar nuevos conocimientos con el fin de facilitar la aplicación de innovadores métodos de tratamiento basados en datos científicos y orientar la planificación y la ejecución de las intervenciones estatales.

Los gobiernos de países desarrollados, donde la cobertura sanitaria de la población es por lo general amplia, han desarrollado en la última década tanto procedimientos en materia de detección precoz (cribado) como en el desarrollo de tratamientos cada vez más efectivos y menos agresivos para el paciente. Este compromiso con la atención a esta enfermedad se traduce, por ejemplo, en la UE (Unión Europea), con el compromiso adquirido de lograr para 2020 reducir un 15% la incidencia del cáncer y su política de comunicación de acciones preventivas concentrada en el Código Europeo Contra el Cáncer.

Organismos europeos como la Comisión Europea están apoyando la introducción de innovaciones para seguir mejorando, como su Plan de Acción sobre Salud Electrónica 2012 -2020 para ofrecer una asistencia oncológica más personalizada y efectiva. Mientras tanto, los países en vías de desarrollo, con unos sistemas sanitarios con menor capacidad en la actualidad, avanzan de una manera más lenta en la asistencia a estos pacientes y son los que concentran la mayor mortalidad.

A medida que la concienciación de unos hábitos saludables deje huella en la población y, por otro lado, la investigación y desarrollo de nuevos tratamientos y mecanismos de detección precoz sigan avanzando,

la comunidad internacional podrá combatir esta enfermedad y revertir la tendencia creciente de los indicadores de incidencia y mortalidad del cáncer, ante lo que sin duda es un reto de alcance global.

4.2 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE CASTILLA Y LEÓN RESPECTO AL CÁNCER

Durante los últimos años, el Servicio de Salud de Castilla y León no ha sido ajeno a la realidad de su población y a las necesidades en materia de atención al cáncer. Tanto las características demográficas (alto envejecimiento) y de disposición de la población en el territorio (alta dispersión) como el incremento de la incidencia del cáncer que está ocurriendo a nivel mundial y que también afecta a la región, han derivado en la puesta en marcha de diversas iniciativas para mejorar la cobertura de la enfermedad, su proceso de atención e incorporar los avances médicos con evidencia científica suficientemente probada.

Entre las iniciativas que el Servicio de Salud de Castilla y León ha puesto en marcha o ha impulsado, en los últimos años en este ámbito cabe destacar:

a. En el ámbito de la prevención y la generación de hábitos saludables, en colaboración con la Dirección General de Salud Pública y la Consejería de Educación y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, se está implementando el VII Plan Regional sobre Drogas 2017-2021 donde a través de la información y la concienciación sobre las múltiples consecuencias de llevar hábitos insalubres por el consumo de tabaco, alcohol, mala alimentación, etc., se pretende disminuir la incidencia de estas conductas.

Además, se ha puesto en marcha el Proceso de Atención al Sobrepeso y la Obesidad Infantoyjuvenil en Atención Primaria para abordar a nivel regional de una manera integral y homogénea esta problemática.

Otro elemento a destacar es la incorporación en el calendario vacunal de la vacuna frente al VPH dirigida a niñas que alcancen los 12 años de edad. Esta medida tiene como objetivo reducir el riesgo de infección por VPH, y por tanto de cáncer de cuello de útero.

b. Desde el punto de vista de la detección precoz y siguiendo con las directrices internacionales, Castilla y León realiza tres programas de prevención y detección precoz (cáncer de mama, útero y colorrectal) como uno de los pilares en el control de la incidencia creciente de cáncer en los países desarrollados.

c. A nivel de mejora de la atención del proceso de atención al cáncer:

- Aunque la iniciativa tiene un alcance más global, en el caso del cáncer es importante que en algunos tipos donde el tiempo entre el diagnóstico y la confirmación de la enfermedad aumenta en gran medida las probabilidades de supervivencia del paciente, se están potenciando las Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR). Esta iniciativa, permite una respuesta coordinada del Servicio de Salud mucho más ágil para afrontar estas situaciones.

- La puesta en marcha de 3 Unidades de Consejo Genético de Cáncer en Salamanca, Valladolid y Burgos ha permitido la identificación de sujetos con una predisposición genética hereditaria al cáncer, con el fin de aplicar en ellos acciones preventivas para

reducir la incidencia de tumores, así como el establecimiento de mecanismos de diagnóstico precoz y de tratamiento más eficaces para aumentar la supervivencia.

- El impulso de un nuevo rol profesional como es la enfermera gestora de casos en Oncología y en Oncología Radioterápica ha permitido mejorar de forma significativa la coordinación con otros servicios dentro del hospital o con otros hospitales donde se atiende al paciente, además ha permitido la incorporación de cuidados avanzados y una mejora de la coordinación con otros dispositivos que necesitan este tipo de pacientes, como es, por ejemplo, el transporte sanitario.

- Agilizar la incorporación de innovaciones terapéuticas en base a evidencia científica, asegurando la sostenibilidad del sistema y bajo la premisa de una previa autorización a nivel nacional es otro elemento en el que se ha puesto mucho énfasis con el fin de que los ciudadanos de Castilla y León pudieran tener a su alcance los tratamientos más novedosos y efectivos para tratar el cáncer.

- El envejecimiento de la población de Castilla y León demanda una atención más intensiva en cuidados paliativos puesto que los episodios de complicaciones en pluripatología y procesos de cáncer terminal son muy comunes en las etapas finales de la vida. Para abordar las necesidades de este colectivo, que tiene un amplio espectro de enfermos de cáncer se ha puesto en marcha el Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020 y el Proceso Asistencial Integrado correspondiente.

- La dispersión territorial de la población en Castilla y León requiere de una especial atención en lo que a reparto equitativo de los recursos tecnológicos de tratamiento radioterápico se refiere, con el objetivo de cumplir las recomendaciones internacionales de ratio de cobertura de la población y ofrecer una

atención sanitaria de proximidad, en la medida de lo posible. Para ello, se reunió a un grupo de profesionales que identificaran y consensaran estas necesidades e implementaran las actuaciones recogidas en el Plan para la optimización y mejora de la Oncología Radioterápica en la Comunidad de Castilla y León.

d. También el paciente y los familiares han sido un elemento muy a tener en cuenta en las medidas que se han implementado en los últimos años de cara a mejorar su situación en un proceso tan duro como es el padecer un cáncer. Para amortiguar el impacto económico de los desplazamientos de los pacientes a los centros sanitarios para atender esta patología la Consejería de Sanidad ha reconocido como beneficiarios de las ayudas para el desplazamiento con fines asistenciales, el alojamiento y la manutención derivados del mismo, a los pacientes oncológicos que tengan que desplazarse para que se les administre el tratamiento de quimioterapia y radioterapia y a los que reconoce un régimen especial y diferenciado (ORDEN SAN/144/2017, de 22 de febrero).

Asimismo, se ha puesto en marcha el Aula de Pacientes, un espacio de participación donde a través de información objetiva y veraz, se orienta a promover estilos de vida saludables, prevenir la enfermedad y apoyar a los pacientes en el cuidado de su propia salud. Su foco es global porque incluye las patologías más prevalentes de la región, en concreto en el ámbito del cáncer se puede obtener información de valor del cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de colon, cáncer de próstata y melanoma.

Todavía queda recorrido de mejora en la atención al cáncer en Castilla y León de ahí que se haya realizado un análisis DAFO, generado por varios grupos de trabajo formados por integrantes de la organización y entidades externas vinculadas al cáncer. Las principales conclusiones obtenidas según esta metodología han permitido conocer la situación de la or-

ganización mediante el análisis de sus capacidades internas (Debilidades y Fortalezas) y del impacto del entorno en el que desarrolla su actividad (Amenazas y Oportunidades).

4.2.1 FORTALEZAS

- Priorización a nivel institucional, el IV Plan de Salud de Castilla y León contempla entre los objetivos generales reducir la mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

- Acciones relacionadas con la prevención de los factores de riesgo asociados a determinados tipos de cáncer, impulsadas junto con Salud Pública y en colaboración con otras Consejerías, contempladas en el VII Plan Regional sobre Drogas para el periodo 2017-2021.

- Existe un adecuado acceso e incorporación de aquellas innovaciones terapéuticas que son aprobadas a nivel nacional.

- Calendario de vacunación infantil que recoge la vacunación frente a la hepatitis B y frente al VPH para las niñas que alcancen los 12 años de edad.

- Consolidación de los programas de detección precoz en la región relativos al cáncer de cuello de útero y mama.

- Registro de Tumores Infantil muy desarrollado y que lleva a cabo de forma proactiva el seguimiento de los casos.

- Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR) cuya finalidad es agilizar los circuitos para la confirmación diagnóstica.

- Iniciativas basadas en nuevos modelos de relación con el paciente (consultas no presenciales), que permiten una mayor accesibilidad de los pacientes a los profesionales clínicos, sin necesidad de desplazamientos.

- Enfermeras gestoras de casos en diferentes unidades que favorecen la coordinación y el seguimiento de los pacientes en tratamiento activo.

- Extensa red asistencial propia, con todos los recursos y unidades necesarios para prestar una completa atención al proceso asistencial del cáncer, destacando una dotación reciente de equipamiento de alta tecnología.

- En el ámbito de la investigación, Castilla y León cuenta con una Red de Investigación Clínica Oncológica, con centros de reconocido prestigio como el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) y el Centro de Investigación del Cáncer (CIC), situados ambos en Salamanca.

- Impulso al desarrollo de una alianza estratégica entre las Unidades de Oncohematología Infantil para disponer de una masa crítica suficiente de pacientes que permita el desarrollo de ensayos clínicos en la Comunidad.

4.2.2 DEBILIDADES

- En el ámbito de la prevención, hay margen de mejora en la captación de pacientes en el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal.
- La accesibilidad a los circuitos de diagnóstico rápido tiene recorrido de mejora, a nivel de tiempos de respuesta, coordinación entre los especialistas implicados y, volumen de pacientes que acceden a estos.
- Se producen, a veces, duplicidades de pruebas diagnósticas y consumo de tiempo en el diagnóstico anatomopatológico, molecular y en los estudios de extensión.
- Necesidad de un procedimiento de comunicación ágil entre los centros de referencia y los periféricos que favorezca la coordinación asistencial en el proceso de atención al paciente oncológico.
- Falta de un procedimiento formalizado de derivación de pacientes oncológicos pediátricos a unidades de cáncer infantil, siendo tratados a veces en las de adultos.
- Guías de práctica clínica no actualizadas ni protocolos de actuación consensuados que homogeneicen la atención y contemplen un modelo de continuidad con Atención Primaria.
- mSi bien existen comités de tumores formados por equipos multidisciplinares, su funcionamiento varía de unos hospitales a otros sin que exista un modelo unificado, sin que se garantice que todo paciente con cáncer es valorado por este comité y sin que esté garantizada la disponibilidad de salas virtuales que permitan la conexión telemática para evitar el desplazamiento de profesionales de otros hospitales.
- En el traslado de pacientes desde ciudades lejanas para su diagnóstico o tratamiento, se aprecia la existencia de cierta descoordinación en la gestión de su desplazamiento, especialmente en lo relativo al transporte y a la coordinación de las agendas de citas.
- Por lo que se refiere al consejo genético, se observa en ocasiones, cierto desconocimiento sobre qué casos deben derivarse, así como el procedimiento para ello.
- Los pacientes oncológicos pueden tener dificultades para acceder a determinadas prestaciones como: apoyo psicológico, valoración nutricional y de rehabilitación.
- En algunos casos, hay recorrido de mejora tanto en el seguimiento de los tratamientos orales activos como en el seguimiento de los largos supervivientes.
- La infraestructura y el número de plazas de los Hospitales de Día es mejorable para atender las necesidades de los pacientes oncológicos.
- Se detectan carencias formativas en el ámbito de Atención Primaria (signos y síntomas de alerta en cáncer infantil, manejo de catéteres y reservorios, cuidados paliativos, . . .), lo que genera la derivación de pacientes a Atención Hospitalaria.
- La formación continuada no se orienta adecuadamente a las necesidades en el ámbito de la oncología, sobre todo en el ámbito de la enfermería.
- No existe un procedimiento unificado y sistematizado de recogida de información de los diferentes registros y falta cultura de evaluación, tanto de la actividad asistencial como del Registro de Tumores de adultos, lo que dificulta la existencia de un cuadro de mando que permita mejorar el conocimiento de la situación del cáncer en la Comunidad.

- Falta de feedback por parte del Banco de Tumores a los profesionales clínicos, lo que desincentiva el envío de muestras por parte de estos y el consiguiente impacto que todo ello genera en la actividad investigadora y en la práctica clínica.

- Existencia de dificultades para acceder a la historia o información clínica desde centros asistenciales diferentes que dificulta el tener una visión global del paciente oncológico.

4.2.3 OPORTUNIDADES

Identificación de canales y medios alternativos, digitales, para implementar los programas preventivos de educación y concienciación desarrollados en colaboración con otras Consejerías para conseguir una mayor llegada del mensaje a la población diana, fundamentalmente niños y jóvenes, y reducir la incidencia de cáncer en el futuro.

- El progresivo desarrollo de modelos de atención ambulatoria como los Hospitales de Día y la atención domiciliaria permite potenciar alternativas a la hospitalización convencional y mejorar la calidad asistencial evitando estancias y costes innecesarios, mejorando la calidad de atención al paciente.

- Establecimiento de un modelo de trabajo en red en Hematología y en la atención al cáncer pediátrico que genere mayor conocimiento y experiencia, y optimice los tiempos de atención y los recursos utilizados. La aplicación de este trabajo en red a nivel de investigación permitirá asimismo acceder a un mayor volumen de ensayos clínicos, tratamientos innovadores y financiación.

- Existencia de un tejido asociativo y voluntariado de apoyo a la atención de los pacientes oncológicos tanto pediátricos como adultos que permite incrementar la colaboración desde un enfoque de cocreación con los pacientes.

- Inclusión en los planes de formación de las titulaciones universitarias de ciencias de la salud, especialmente en Medicina y Enfermería, formación en humanización y comunicación con el paciente y en bioética.

- Generalización de nuevas técnicas basadas en el uso del big data, análisis de estudios genéticos individualizados para avanzar en el desarrollo de la medicina personalizada y de precisión que permita avanzar significativamente en el tratamiento del cáncer.

- Aplicación específicamente al ámbito de la oncología del Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020, el cual propone un modelo asistencial en torno a la Atención Primaria, contemplando un segundo nivel asistencial con recursos expertos y avanzados para la atención paliativa en situaciones de alta complejidad, cuya implementación puede resolver las necesidades actuales en el ámbito de los cuidados paliativos

4.2.4 AMENAZAS

- El progresivo envejecimiento de la población en Castilla y León, siendo éste el principal factor de riesgo para una mayor incidencia del cáncer.
- La dispersión geográfica de gran parte de la población, lo que dificulta el acceso de forma equitativa a las prestaciones sanitarias.
- Elevado coste económico del cáncer estimado para el total del SNS en el año 2015 en 7.168 millones de euros, representando el 10,93% del gasto sanitario público en España y el 0,66% del PIB de ese año.
- Desconocimiento de los recursos asistenciales propios de Castilla y León por parte de los pacientes, que en ocasiones genera que acudan a otras comunidades como Madrid, cuando podrían ser atendidos en la propia comunidad con las repercusiones que ello conlleva, tanto sobre el propio paciente y su familia como sobre el Sistema Público de Salud de Castilla y León.
- La nueva legislación en relación con la protección de datos de carácter personal puede limitar el desarrollo de la investigación y la compartición de información en un área clave como es la Oncología y la Hematología.
- Falta de reconocimiento oficial de la especialidad en el Oncohematología Pediátrica.
- No se tiene en cuenta la especialización de los profesionales en la atención al paciente oncológico como elemento de valor para la cobertura de plazas vacantes o sustituciones.
- La atención de pacientes pediátricos en centros no especializados en esta franja de edad, puede generar dificultades para mantener los centros de referencia actuales en Castilla y León.
- El impacto que tiene el cáncer en el paciente y su entorno, tanto en la salud (por la propia patología, incluyendo aspectos psicológicos y emocionales), así como en lo relativo a otros aspectos, tales como: económicos, sociales, etc.

Dada la apuesta del Servicio de Salud por seguir mejorando la cobertura del cáncer en la región, es importante alinear las expectativas de la organización, de sus integrantes, de las asociaciones de pacientes y de la población en general a partir de la concreción de ámbitos de mejora factibles y de alto impacto tanto a nivel organizativo, asistencial como en la calidad de vida de los pacientes.

4.3 CLAVES DE DESARROLLO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN CASTILLA Y LEÓN

A partir del trabajo de los profesionales en los diversos grupos implicados en la definición de la presente estrategia, se han extraído los elementos que se consideran clave de cara a evolucionar el modelo de atención al cáncer en los próximos años en la región.

4.3.1 PREVENCIÓN PRIMARIA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ

1. *Potenciar, en colaboración con otras Consejerías (Consejería de Educación y Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades), campañas de concienciación para promover hábitos de vida saludables en la población e impulsar la participación comunitaria:*
3. *Asegurar unas elevadas tasas de participación en los diferentes programas de detección precoz:*

Se conoce que al menos un tercio de todos los casos de cáncer se podrían evitar si se modificaran determinados factores de riesgo relacionados con los hábitos y estilos de vida. Las acciones de prevención primaria en los niños se llevan a cabo con el objetivo de reducir el número de cánceres que se desarrollarían en su mayoría en la edad adulta. De esta forma, la evidencia demuestra que los hábitos y conductas saludables desde una edad temprana ayudan a prevenir el desarrollo del cáncer en la edad adulta, de ahí la importancia del desarrollo de acciones de colaboración transversales con otras Consejerías (fundamentalmente Consejería de Educación y Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades). De igual forma, en la población adulta, también es importante la adquisición de hábitos saludables para reducir la probabilidad de aparición de la enfermedad.

2. *Impulsar y ampliar el alcance del consejo genético en la comunidad en base a la evidencia científica:*

Avanzar en el conocimiento de éste por toda la red sanitaria de Castilla y León, debe ir acompañado de un impulso en la detección de familias en riesgo, la adecuación de los test genéticos a la evidencia científica actual y la reducción de los plazos de demora en la obtención de los resultados.

Mantener las tasas de participación en screening de cáncer de cuello de útero y cáncer de mama, y establecer medidas que mejoren la participación en el cáncer colorrectal.

Se ha valorado la posibilidad de realización de screening sobre otros tipos de cáncer (piel, pulmón o próstata), pero al no haber suficiente evidencia científica que contraste los resultados de estos no se plantea su incorporación, al menos de manera inmediata.

4. *Ampliar el conocimiento de los profesionales de Atención Primaria sobre la enfermedad, especialmente en lo relativo a la detección de signos y síntomas de alerta:*

La identificación temprana de signos y síntomas de alerta de padecer un cáncer puede favorecer un diagnóstico precoz con el consiguiente impacto que ello puede conllevar en la supervivencia y calidad de vida del paciente.

4.3.2 ATENCIÓN AL CÁNCER EN ADULTOS

1. Fomentar el trabajo en red de los profesionales, tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación:

En un ámbito tan especializado como es el tratamiento del cáncer, no todos los hospitales disponen de los recursos y del número de pacientes requeridos para poder ofrecer los tratamientos adecuados, por ello se considera necesario establecer un modelo de trabajo en red, que favorezca la comunicación entre los profesionales de los diferentes centros asistenciales. Esto debe venir acompañado de una red clara de referencias en la atención a tumores raros y en técnicas de alta complejidad que por su baja incidencia o volumen de pacientes necesiten de pocos centros para su atención, pero superespecializados.

El trabajo en red debe de venir acompañado de una cultura de evaluación de resultados para lo cual es importante por un lado disponer de indicadores y registros de calidad, que incluyan no solo el número y características de los pacientes y los tratamientos, sino también los resultados, y otros elementos de valor de cara a evaluar de forma homogénea la operativa de la red asistencial. Esto ayudará además a potenciar el ámbito de la investigación y el acceso a un mayor volumen de ensayos y proyectos de innovación.

2. Favorecer la atención integral del paciente, basada en un modelo de atención multidisciplinar que garantice el diagnóstico temprano de la enfermedad, la adecuada circulación entre recursos potenciando el papel de la enfermera gestora de casos y la valoración del paciente en un comité de tumores eficaz, asegurando el tratamiento y el recurso más adecuado a cada paciente:

Establecer circuitos ágiles de diagnóstico potenciando las Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR) para

todos aquellos pacientes para los que exista alguna sospecha de que puedan padecer un cáncer. Asimismo, asegurar la operatividad del comité de tumores facilitando así una mayor homogeneización de los tratamientos. Además, es muy relevante que exista una enfermera gestora de casos que actúe como coordinadora del proceso asistencial del paciente.

3. Asegurar el acceso de los pacientes a diferentes tratamientos terapéuticos de apoyo que son de gran relevancia en su proceso asistencial.

Es fundamental el acceso en tiempo y forma a la valoración y a los tratamientos terapéuticos de apoyo de disciplinas que son clave, tanto en la atención, como en los resultados en salud, en la mejora de la calidad de vida y en facilitar una reinserción temprana en la vida social y laboral. Estos son sobre todo procesos vinculados al apoyo psicológico, al adecuado tratamiento del dolor, a la rehabilitación precoz, y a asegurar una adecuada nutrición, sobre todo, en el tratamiento con quimioterapia o radioterapia, entre otros. Igualmente, es importante la identificación precoz de las necesidades de los pacientes con cáncer con relación a los cuidados paliativos para favorecer la accesibilidad a los mismos y su atención temprana.

4. Avanzar en el desarrollo de la medicina personalizada, incorporando herramientas de la medicina de precisión basadas en los estudios genéticos individualizados y el uso del big data, de tal forma que se mejore el pronóstico de la respuesta al tratamiento:

La incorporación de estas técnicas de forma progresiva a la cartera de servicios en los próximos años, en la medida que vayan teniendo el suficiente aval científico, es fundamental, y constituye el marco de desarrollo en el futuro de la atención al cáncer.

A través de ellas, se podrá prevenir y diagnosticar la enfermedad, pronosticar la respuesta al tratamiento médico y adaptar el mismo a las características individuales de cada paciente.

5. Potenciar los recursos alternativos a la hospitalización: Hospitales de Día, Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos:

En la medida de lo posible, se debe garantizar que el paciente permanezca en su entorno, mediante el desarrollo de un mayor número de unidades de atención ambulatoria tales como los Hospitales de Día, la Hospitalización a Domicilio y las Unidades de Atención de Cuidados Paliativos de soporte en domicilio.

6. Asegurar una correcta formación, que garantice la adecuada capacitación del personal de sustitución o de rotación:

Los planes de formación continuada deberían contemplar acciones específicas en la atención a los pacientes oncológicos, siendo este aspecto clave para que el personal de sustitución o de rotación pueda estar preparado para la atención de este tipo de pacientes.

7. Establecer un adecuado seguimiento de largos supervivientes:

El seguimiento de largos supervivientes tiene como objetivo la promoción integral de su salud, favoreciendo la detección y manejo de sus principales problemas, la observación de los posibles efectos secundarios de los tratamientos, y la identificación temprana de posibles recidivas y segundos tumores, por lo que es preciso dotar a los Equipos de Atención Primaria de las competencias necesarias para que puedan asumir su seguimiento.

4.3.3 ATENCIÓN AL CÁNCER INFANTIL Y JUVENIL

1. Establecer un modelo de atención al paciente infantil que garantice su valoración y tratamiento en las Unidades Especializadas de Cáncer Infantil:

Los estándares y recomendaciones científicos abogan por la atención de los niños en estas unidades especializadas, habiéndose demostrado, además, que la probabilidad de superar un cáncer es mayor si los niños son diagnosticados y tratados en estas unidades. A pesar de ello, en Castilla y León no existe un marco regulador que establezca la derivación de los niños a las unidades especializadas para su diagnóstico y tratamiento, sino que, en algunos casos, los pacientes pediátricos con cáncer son diagnosticados y tratados en las unidades de adultos. Esto debe de ir acompañado de una adecuada planificación en el desarrollo de las unidades de referencia a nivel infantil y en los procedimientos de alta complejidad.

2. Impulsar la generación de Unidades Específicas de Atención al Cáncer en Adolescentes:

Actualmente, con carácter general, los pacientes adolescentes son tratados tanto en Unidades de Adultos como en Unidades Específicas de Cáncer Infantil, que no tienen en cuenta las características propias de su edad. Por todo ello, se considera necesario la creación de Unidades Específicas de Atención al Cáncer en Adolescentes (14/15 a 18 años) que les ofrezcan una atención integral y tengan en cuenta las necesidades especiales de estos pacientes tanto desde una perspectiva clínica como psicosocial.

3. Favorecer la comunicación e interconexión entre los profesionales pertenecientes a diferentes nodos de conocimiento de los centros asistenciales de Castilla y León:

Establecer un modelo de trabajo en red entre las Unidades de Cáncer Infantil y los centros y unidades asistenciales periféricos, permitirá que se asegure la accesibilidad a estas unidades a todos los niños que lo necesiten garantizando una mejor coordinación, calidad, tiempos de derivación y seguimiento de estos pacientes, lo que redundará en su beneficio.

4. Asegurar el acceso de los pacientes a diferentes tratamientos terapéuticos de apoyo que son de gran relevancia en su proceso asistencial:

En el marco del cáncer infantil, incluso con más relevancia que para los adultos, resulta importante garantizar el acceso a los pacientes pediátricos y a sus familiares a los tratamientos terapéuticos de apoyo tales como la rehabilitación, el apoyo psicológico y un adecuado tratamiento del dolor. Asimismo, es muy importante garantizar la accesibilidad de los pacientes pediátricos a los cuidados paliativos de forma precoz.

5. Establecer un control dosimétrico que permita controlar las radiaciones a las que se somete a los pacientes pediátricos:

El exceso de radiaciones sobre las personas puede generar impactos muy negativos sobre su salud, especialmente cuando se trata de pacientes pediátricos. Por todo ello, es importante establecer controles específicos, tanto sobre la idoneidad de las pruebas radiológicas que se solicitan, evitando en todo caso la duplicidad de las mismas, como sobre la intensidad de las radiaciones a las que se somete a los pacientes.

6. Velar por la correcta supervisión de los pacientes pediátricos que han vencido a la enfermedad:

En el caso de los pacientes pediátricos que han padecido un cáncer y se hayan curado tanto en edad infantil, como si han alcanzado la edad adulta, será Atención Primaria quién asuma las competencias para el seguimiento de estos pacientes, mediante el desarrollo de acciones de formación específica para ello y mediante el refuerzo de los protocolos de coordinación.

7. Asegurar una correcta formación, que garantice la adecuada capacitación del personal de sustitución o de rotación:

Las necesidades asistenciales de los pacientes pediátricos con cáncer son muy específicas. Por ello, es preciso establecer un marco de formación que refuerce las capacidades de los profesionales sanitarios que pueden llegar a formar parte del proceso de atención al paciente pediátrico con cáncer.

8. Alcanzar un acuerdo a nivel regional para favorecer el acceso a la actividad clínica investigadora en aquellos centros asistenciales que cuenten con Unidades Específicas de Atención al Cáncer Infantil:

Actualmente, existen dificultades para que las Unidades de Cáncer Infantil en Castilla y León puedan participar en ensayos clínicos de forma independiente, ya que no disponen de un volumen suficiente de pacientes que permita acceder a un programa de investigación de esas características. Esto hace que los pacientes pediátricos con cáncer y sus familias que sean susceptibles de participar en un ensayo clínico lo tengan que hacer, en algún caso, fuera de la región. Por todo ello, se propone alcanzar un acuerdo entre las Unidades de Cáncer Infantil de Castilla y León, que les permita funcionar como una unidad integrada con diferentes centros, y de esta forma alcanzar la masa crítica de pacientes para acceder a los ensayos clínicos.

4.3.4 TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DEL CÁNCER

1. Potenciar el papel del Comité Asesor de Oncología Radioterápica en Castilla y León como órgano coordinador y de mejora de la atención radioterápica en la Comunidad:

Apoyar el papel del Comité es relevante para seguir avanzando en la mejora de los servicios de Oncología Radioterápica en la región de una manera homogénea y poder planificar de una manera adecuada los recursos necesarios en la región.

2. Favorecer la renovación tecnológica, así como la ampliación y mejora de las técnicas de tratamiento radioterápico:

En los últimos años se ha producido un gran avance en las tecnologías y las técnicas de Oncología Radioterápica, que han favorecido la reducción o eliminación de los efectos secundarios en la radicación de

los tumores. Debido a la importancia de estos avances se debe de favorecer la progresiva actualización de los equipos actuales de los Servicios de Oncología Radioterápica de Castilla y León, así como la incorporación de nuevas técnicas que mejoren la calidad de la atención al paciente, y todo ello, atendiendo a criterios de equidad y evidencia científica.

3. Mantener la calidad de las instalaciones técnicas de Oncología Radioterápica:

Favorecer el mantenimiento y adecuación de las instalaciones actuales, garantizando: el número crítico de unidades de radiación, la concentración de los servicios, la especialización de los profesionales, así como la optimización del rendimiento de los equipos, permitirá mejorar la calidad de atención y evitar retrasos en la realización de pruebas.

4.3.5 PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y HUMANIZACIÓN

1. Promover la autonomía del paciente en todo lo relativo a su salud:

Constituye un derecho de los pacientes el conocer toda la información disponible, respecto a cualquier actuación en el ámbito de su salud, como una parte más del proceso asistencial. Es necesario que el paciente entienda la información que se le facilite acerca de su proceso, así como de las opciones de tratamiento que tiene en cada momento, los riesgos derivados de cada una de ellas y la implicación y consecuencias de sus decisiones; por este motivo, la información debe ser veraz y debe ser proporcionada al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades, de manera que le permita tomar sus propias decisiones de acuerdo con su libre voluntad,

incluso ha de respetarse su voluntad de no ser informado si así lo manifiesta. El médico responsable del paciente es quien ha de garantizar el cumplimiento de su derecho a la información, siendo también responsables de informarle el resto de profesionales que le atiendan o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto durante el proceso asistencial.

Además, al tratarse de una de las patologías con mayor repercusión psicológica y social asociadas a la enfermedad, se hace necesario trabajar en la implicación del paciente y de su familia en el autocuidado y el control de su enfermedad, así como en la normalización de la enfermedad y el impulso de programas de cuidados de largos supervivientes.

2. *Avanzar en el marco de relación con el tejido social promoviendo nuevos ámbitos de colaboración y participación en el soporte a los pacientes y a los profesionales en el ámbito del cáncer:*

Actualmente existen diferentes modelos de colaboración de las asociaciones de pacientes con el Sistema de Salud, que son reconocidos tanto por los propios profesionales como por los pacientes, y que consisten en: programas de atención psicológica, grupos de apoyo y voluntariado, programas de alojamiento, etc. Dada la buena acogida que estos programas tienen entre los pacientes y los profesionales, es necesario seguir avanzando en el desarrollo de nuevos ámbitos de colaboración.

3. *Contribuir a disminuir el impacto que supone la enfermedad mediante una gestión más humanista y afectiva del entorno sanitario para el paciente y su familia:*

Es necesaria una mayor sensibilización de los profesionales sobre la importancia de incorporar en su quehacer diario valores como la empatía, la comunicación, el trato amable y personal mediante el diseño de una estrategia formativa en habilidades no clínicas, dirigida a los profesionales sanitarios.

Es preciso también mejorar la accesibilidad de estos pacientes facilitando la gestión de citas, minimizando los desplazamientos y visitas innecesarias mediante la gestión de casos.

Garantizar el trato digno de las personas con cáncer, así como un adecuado confort durante el ingreso hospitalario, promoviendo la utilización de habitaciones individuales y prestando especial atención a los cuidados paliativos y al proceso de morir.

4.3.6 OTRAS ÁREAS SOPORTE DE VALOR

1. *Favorecer el desarrollo de la investigación oncológica, tanto básica como traslacional y clínica, promoviendo la cooperación y la accesibilidad de los pacientes a la investigación clínica:*

Potenciar las actividades de investigación en el ámbito del cáncer en Castilla y León, desde una perspectiva de trabajo en red, de disponibilidad de recursos y de mejora del conocimiento de las actividades investigadoras que se desarrollan en la Comunidad, así como garantizar, a cualquier paciente que lo necesite, el acceso a la innovación.

2. *Impulsar la interoperabilidad entre centros de la historia clínica electrónica, así como la mejora del registro de actividad:*

Se considera necesario avanzar en la interconexión de los sistemas de información clínica de los diferentes centros y niveles asistenciales, de tal forma que sea posible compartir la historia clínica de los pacientes.

3. *Promover la disponibilidad de un modelo de monitorización y evaluación de datos para conocer la tendencia y evolución de la enfermedad y la efectividad de los avances diagnósticos y terapéuticos, así como para potenciar y asegurar el adecuado traslado de la información al Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León:*

Se precisa de registros sistematizados de actividad, que garanticen unos criterios homogéneos para toda la Comunidad, para la agregación, tratamien-

to y explotación de la información como elemento de conocimiento de la casuística del cáncer en la Comunidad y de ayuda a la toma de decisiones y al establecimiento de acciones de mejora. En este sentido, el Registro hospitalario de tumores es el que presenta mayores necesidades de mejora, necesitando avanzar en su consolidación para asegurar la calidad del dato y la temporalidad con la que esa información comunicada por cada centro hospitalario al Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León. Ambos aspectos, calidad de los RHT y fecha en la que se integran los RHT en el RPCCYL son críticos para la consecución de los fines del RPCCYL, ya que son su fuente de información principal.

4. *Favorecer la formación continuada de los profesionales con cursos específicos en la atención integral al cáncer, así como en herramientas de apoyo a la atención continuada de calidad:*

La incorporación en los planes de formación continuada de acciones específicas orientadas a mejorar la preparación y la actualización de conocimientos de los profesionales en lo relativo a la atención de los pacientes oncológicos, es clave para mejorar la calidad de la asistencia que reciben estos pacientes. En este sentido, la formación debe ser accesible tanto para el personal del servicio, el de sustitución o el de rotación (en su caso), así como para el personal sanitario de Atención Primaria

En el ámbito del Cáncer se producen continuas actualizaciones en los resultados de estudios científicos que impactan en la práctica asistencial, en la visión humana de la patología, en los tratamientos, etc., esto hace que sea necesario que el presente documento sea un punto de partida que pondrá las bases de desarrollo a futuro de la atención al cáncer en Castilla y León pero que deberá tener la suficiente flexibilidad para adaptarse a los cambios y las nuevas necesidades en esta materia que ocurran en los próximos años.

BASES Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA **5**

PARA LA CONSECUCCIÓN DEL OBJETIVO GENERAL Y LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS, DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS INSPIRADORES, SE HAN ESTABLECIDO 6 EJES ESTRATÉGICOS, 19 LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y 37 PROYECTOS.

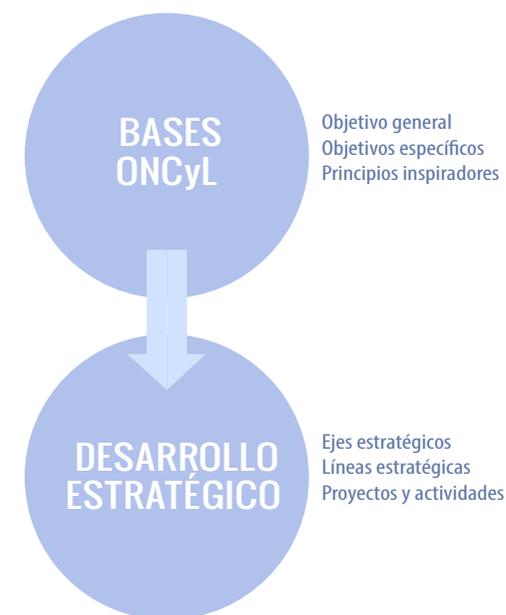
El abordaje de la estrategia de atención al paciente oncológico es uno de los compromisos de la Consejería de Sanidad y se enmarca en los objetivos generales del IV Plan de Salud de Castilla y León, siendo uno de los principales ámbitos de mejora del sistema de salud.

Asimismo, la estrategia está en línea con las medidas que establece la OMS en el marco de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, especialmente con las actuaciones contempladas en el Código Europeo Contra el Cáncer con relación a los estilos de vida saludables y la promoción de la salud. En este contexto, para el desarrollo de la estrategia se han realizado dos talleres con profesionales de la Consejería de Sanidad. En el primero, se establecieron las bases de ONcyl, para lo cual se definió el objetivo general, los objetivos específicos, así como los principios inspiradores que han guiado el desarrollo estratégico de la atención al paciente oncológico.

Una vez establecidas las bases, se abordó la definición de los ejes y líneas estratégicas, que posteriormente fueron concretadas a nivel operativo en proyectos y actividades. Estos son el resultado fundamentalmente de los grupos de trabajo y las entrevistas que se han realizado a los profesionales del Servicio de Salud de Castilla y León y las asociaciones de pacientes.

Ilustración 37 abajo. Marco de desarrollo estratégico de ONcyl

Fuente: OMS



5.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la Estrategia de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León es el siguiente:

Abordar de forma global y multidisciplinar las actuaciones preventivas, asistenciales y de mejora de la calidad de vida necesarias para alcanzar unos resultados en salud que disminuyan la incidencia y la morbimortalidad del cáncer en Castilla y León.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para alcanzar el objetivo general es preciso abordar los siguientes objetivos específicos y establecer áreas de actuación concretas.

1. Mejorar la información y formación facilitada a la población sobre el cáncer, especialmente en relación con los factores de riesgo con los que se asocia y con las medidas preventivas que se recomienda adoptar.
2. Avanzar en la detección temprana del cáncer, impulsando los programas de detección precoz y el consejo genético en cáncer hereditario.
3. Procurar un diagnóstico rápido y un tratamiento multidisciplinar coordinado, asegurando las medidas de soporte necesarias y el seguimiento del largo superviviente.
4. Favorecer que pacientes y familiares tengan la mejor información posible sobre la enfermedad y su pronóstico, así como, sobre las distintas opciones terapéuticas, sus posibles efectos adversos y el manejo de éstos, su impacto en la calidad de vida y los resultados esperados.
5. Disponer de un sistema de información avanzado que posibilite el análisis y evaluación de los resultados en salud y el coste efectividad de los tratamientos.
6. Facilitar a los profesionales una formación continuada especializada en el manejo del paciente oncológico.
7. Promover la investigación cooperativa y traslacional sobre el cáncer.
8. Potenciar la colaboración con las sociedades científicas y asociaciones de pacientes oncológicos, y con todos los agentes sanitarios.

5.3 PRINCIPIOS INSPIRADORES

Los principios inspiradores que han guiado el desarrollo estratégico para la mejora de la atención al paciente oncológico en Castilla y León son los siguientes:

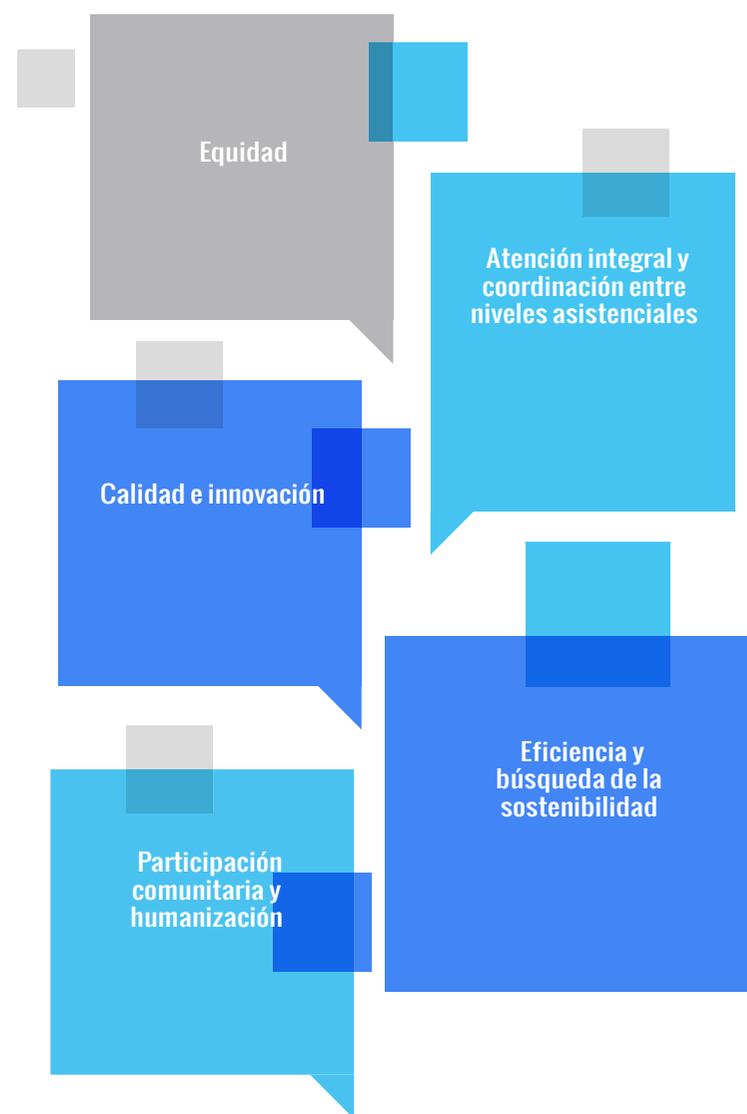


Ilustración 38 izquierda. Principios inspiradores de la estrategia.

Fuente: Elaboración propia.

• Equidad

Garantizar a la población de Castilla y León la igualdad en la atención al cáncer en todas las etapas del proceso asistencial.

• Atención integral y coordinación entre niveles asistenciales

Favorecer la mejora de la coordinación entre Atención Primaria, Hospitalaria y Servicios Sociales con el objetivo de alcanzar un manejo integral del paciente oncológico. En este sentido, para garantizar la continuidad asistencial, es fundamental, el desarrollo y aplicación de protocolos y guías clínicas compartidos, así como la implicación de equipos multidisciplinares.

• Eficiencia y búsqueda de la sostenibilidad

Asegurar el uso adecuado de los recursos en salud, permitiendo la intervención óptima en cada momento del proceso asistencial ajustada a las necesidades individualizadas del paciente.

• Participación comunitaria y humanización

Promover actuaciones en el ámbito comunitario de forma coordinada entre niveles asistenciales y con los diferentes agentes sanitarios para abordar distintos aspectos relacionados con el cáncer, como la prevención o el apoyo social, e incluir la perspectiva de la dignidad de forma transversal en el modelo de atención al paciente oncológico, velando especialmente por una atención y trato personalizado, así como, por la confortabilidad de los diferentes espacios asistenciales.

• Calidad e innovación

Asegurar una atención de calidad al paciente oncológico, garantizando un diagnóstico temprano y un tratamiento individualizado basado en guías de práctica clínica que permitan homogenizar la asistencia. Asimismo, se favorecerá el desarrollo de actividades de investigación y el acceso de los pacientes a tratamientos innovadores con evidencia científica contrastada.

A partir de estos principios inspiradores se lleva a cabo la definición de los ejes y líneas estratégicas, así como de los proyectos y actividades.

5.1 OBJETIVO GENERAL

Para la consecución del objetivo general y los objetivos específicos, de acuerdo con los principios inspiradores, se han establecido 6 ejes estratégicos, 19 líneas estratégicas y 37 proyectos.



Los 6 ejes estratégicos se han definido atendiendo a la especificidad propia en la atención al cáncer. De este modo, se ha establecido un eje específico de atención al cáncer juvenil e infantil diferenciado del eje de atención al cáncer de adultos, por las peculiaridades propias que presenta la enfermedad en los pacientes pediátricos y las necesidades especiales que tienen los niños y adolescentes con cáncer y sus familias.

Igualmente, se ha dedicado un eje al tratamiento radioterápico del cáncer por las necesidades específicas en la planificación de los servicios que presentan las unidades de referencia. Asimismo, se ha establecido un eje de prevención primaria y diagnóstico precoz por la importancia que tiene la prevención en la incidencia de la enfermedad, y a su vez, el diagnóstico temprano en el tratamiento y su impacto positivo en las expectativas de curación del cáncer.

De igual forma, se ha considerado necesario orientar un eje hacia la participación ciudadana y humanización, para dar respuesta a la transformación paulatina que está experimentando el perfil del paciente, cada vez más informado, con frecuencia usuario de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, con mayores expectativas con respecto a la sanidad y a la salud y, con mayor posibilidad de implicación en su proceso asistencial. Igualmente, también se reconoce la importancia de impregnar de humanismo todo el proceso de atención a los pacientes.

Finalmente, en el eje de otras áreas de valor, se han considerado aspectos de gran relevancia en la atención sanitaria, y especialmente en el ámbito del cáncer, como son los sistemas de información, la formación de los profesionales y la investigación.

5.4.1 EJES Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Los ejes estratégicos y las líneas estratégicas a través de los cuales se vertebra la estrategia son:



Ilustración 39 izquierda. Estructura del marco de desarrollo estratégico.

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 40 derecha. Ejes estratégicos de ONCYL.

Fuente: Elaboración propia.

EJE ESTRATÉGICO Nº 1: PREVENCIÓN PRIMARIA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ

Mediante este eje se aborda la adquisición de estilos de vida más saludables en la población, la promoción del consejo genético en cáncer hereditario, y el impulso de los programas de detección precoz. En cuanto a los estilos de vida saludables se considera adecuado seguir avanzando en el abordaje de aquellos factores de riesgo que afectan a diferentes tipos de cáncer y cuya prevención favorece la disminución de la incidencia de esta enfermedad. De esta forma, se plantea el desarrollo de actuaciones encaminadas a incidir en la prevención del hábito tabáquico, el sedentarismo y la obesidad, y el consumo de alcohol, entre otros factores de riesgo.

Se pretende implicar en mayor medida a los profesionales en el Programa de Consejo Genético en Cáncer Hereditario incidiendo en la importancia de la detección y derivación de familias en riesgo, reducir los plazos de obtención de resultados y adaptar su cartera de servicios de acuerdo con la evidencia científica. En la detección temprana del cáncer mediante los programas de cribado resulta prioritario asegurar la calidad en los mismos, mediante la mejora de las tasas de cobertura y de participación de la población diana y/o la optimización de determinados circuitos y aspectos organizativos, así como la mejora de la coordinación entre los profesionales.

EJE ESTRATÉGICO Nº 2: ATENCIÓN AL CÁNCER EN ADULTOS

Este eje incide en garantizar una atención de calidad a los pacientes oncológicos adultos, abarcando para ello aspectos como el establecimiento de unidades de referencia para determinados procesos de elevada

complejidad, potenciando un modelo de trabajo en red entre los profesionales, la mejora del funcionamiento operativo de los comités de tumores, el aseguramiento del adecuado seguimiento del paciente

y la garantía de unos cuidados paliativos que respondan a las necesidades del paciente oncológico.

Se considera relevante facilitar el desarrollo del trabajo en red, para favorecer la interconexión de los diferentes profesionales y unidades, especialmente en una cuestión como el cáncer, con una gran especialización, que afecta a varias disciplinas y con nodos de conocimiento en diversos centros asistenciales. De igual forma, es necesario potenciar el trabajo colaborativo interdisciplinar dentro de cada hospital con el objetivo de dar mayor participación en la toma de decisiones y en el acceso compartido de los resultados, mediante el desarrollo de protocolos conjuntos que promuevan la atención integral de los pacientes, así como la mejora del funcionamiento de los comités de tumores. De este modo, se conseguirá una mayor homogeneidad, un abordaje integral, multidisciplinar y coordinado de los pacientes oncológicos, valorando las diferentes opciones terapéuticas y determinando el tratamiento más adecuado en cada caso.

Igualmente, es preciso asegurar un adecuado seguimiento de los pacientes oncológicos que han superado un cáncer. En este sentido, cada vez son más los pacientes que superan una patología oncológica y que tras cinco años se encuentran libres de enfermedad, siendo necesario potenciar un modelo de seguimiento, en el que los Equipos de Atención Primaria lideren la supervisión y control de estos pacientes atendiendo a las características propias de los mismos.

De la misma forma, se pretende desplegar un soporte adecuado y específico de atención al paciente oncológico en cuidados paliativos en el marco del Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020. Para ello, entre otras actividades se plantea la detección precoz del paciente con necesidad de cuidados paliativos, la elaboración del plan terapéutico y de cuidados personalizados, así como la adecuación del registro de la actividad asistencial, entre otros.

Ilustración 41 izquierda. Líneas estratégicas del eje nº 1, prevención primaria y diagnóstico precoz.

Ilustración 42 abajo. Líneas estratégicas del eje nº 2, atención al cáncer en adultos.

Fuentes: Elaboración propia.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL EJE Nº 1 PREVENCIÓN PRIMARIA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ

PREVENCIÓN
PRIMARIA Y
DIAGNÓSTICO
PRECOZ

- 1.1.** Fomentar los estilos de vida saludables en la población.
- 1.2.** Potenciar el consejo genético en cáncer hereditario
- 1.3.** Impulsar los programas de detección precoz del cáncer.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL EJE Nº 2 ATENCIÓN AL CÁNCER EN ADULTOS

ATENCIÓN AL
CÁNCER
EN ADULTOS

- 2.1.** Favorecer el trabajo tanto en red, como colaborativo dentro de cada hospital.
- 2.2.** Potenciar la actividad de los comités de tumores, como base para asegurar la homogeneidad y equidad de la atención.
- 2.3.** Implementar un adecuado seguimiento de los pacientes adultos que han superado un cáncer.
- 2.4.** Desplegar un soporte adecuado y específico al paciente oncológico en cuidados paliativos.

EJE ESTRATÉGICO Nº 3: ATENCIÓN AL CÁNCER INFANTIL Y JUVENIL

A través de este eje se pretende mejorar la atención a los pacientes que padecen un cáncer en la niñez o la adolescencia. Para ello, resulta especialmente relevante garantizar la atención al paciente pediátrico en Unidades Especializadas de Cáncer Infantil, potenciar el trabajo en red, asegurar el acceso de los pacientes a la valoración clínica de otros servicios terapéuticos de apoyo, así como implementar un adecuado seguimiento y establecer mecanismos de colaboración que faciliten la atención educativa cuando el paciente no pueda asistir al colegio.

Se pretende llevar a cabo la ordenación de las unidades de referencia, al objeto de asegurar la atención de todos los pacientes pediátricos en Unidades Especializadas de Atención al Cáncer Infantil, las cuales se ha demostrado que incrementan las expectativas de curación y superación del cáncer. Asimismo, se con-

templa implementar un modelo de atención específica para los adolescentes que tenga en cuenta las necesidades y particularidades propias de esta edad. En el ámbito del cáncer infantil, es importante asegurar el acceso a tratamientos complementarios que contribuyan a paliar los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos, como son: la rehabilitación, el apoyo psicológico, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos, cuando las circunstancias clínicas del paciente lo aconsejen.

A su vez, también se persigue mejorar el proceso de seguimiento mediante la definición de un programa de supervisión, que asegure la información adaptada a la etapa asistencial en la que se encuentra el paciente con cáncer, el control de las posibles secuelas o efectos tardíos, así como la detección temprana de posibles problemas que requieran intervención terapéutica.

Por otro lado, también es preciso garantizar la atención educativa de la población en edad escolar obligatoria, tanto de los niños que se encuentren ingresados en las unidades de hospitalización como de los convalecientes en sus domicilios, dando continuidad a su proceso educativo y respondiendo a sus necesidades psicosociales y afectivas.

EJE ESTRATÉGICO Nº 4: TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DEL CÁNCER

Con el desarrollo de este eje se pretende avanzar en la consolidación y mejora de los tratamientos de radioterapia en Castilla y León, garantizando una adecuada accesibilidad, la incorporación de nuevas técnicas y la actualización tecnológica, así como asegurar una atención equitativa y de calidad.

En el ámbito de la Oncología Radioterápica, se están produciendo grandes avances en el desarrollo de nuevas técnicas que suponen una mejora, tanto en la eficacia de los tratamientos, como en la seguridad de los pacientes, lo que hace aconsejable una adecuada introducción de dichas técnicas, asegurando de esta forma, que la cartera de servicios incluye los tratamientos más avanzados.

Asimismo, también es importante asegurar la coordinación entre profesionales mediante un sistema de trabajo en red y garantizar a la población que lo necesite el acceso a los tratamientos más adecuados. De igual forma, es preciso favorecer la homogeneidad de la práctica clínica mediante el establecimiento de protocolos y guías clínicas compartidas por todos los servicios de Oncología Radioterápica de la Comunidad.

Ilustración 43 izquierda.
Líneas estratégicas del eje nº 3, atención al cáncer infantil y juvenil.

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 44 abajo.
Líneas estratégicas del eje nº 4, tratamiento radioterápico del cáncer.

Fuente: Elaboración propia.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL EJE Nº 3 ATENCIÓN AL CÁNCER INFANTIL Y JUVENIL

ATENCIÓN AL
CÁNCER INFANTIL Y
JUVENIL

- 3.1. Garantizar la atención al paciente pediátrico en unidades especializadas de cáncer infantil y juvenil, y potenciar el trabajo en red entre centros de referencia.
- 3.2. Facilitar el acceso a la rehabilitación, al apoyo psicológico, a un adecuado tratamiento del dolor y a un soporte paliativo de calidad.
- 3.3. Implementar un adecuado seguimiento de los pacientes pediátricos que han superado un cáncer.
- 3.4. Establecer mecanismos de colaboración que faciliten la atención educativa durante el periodo de hospitalización y convalecencia en su domicilio.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL EJE Nº 4 TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DEL CÁNCER

TRATAMIENTO
RADIOTERÁPICO
DEL CÁNCER

- 4.1. Garantizar una adecuada accesibilidad a los tratamientos radioterápicos a través del trabajo en red, la actualización tecnológica y la incorporación de nuevas técnicas.
- 4.2. Asegurar una atención de calidad basada en protocolos y guías de práctica clínica.

EJE ESTRATÉGICO Nº 5: PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y HUMANIZACIÓN

El objeto de este eje es favorecer la implicación del paciente en el conocimiento y manejo de su enfermedad, facilitando la toma de decisiones compartidas con su profesional clínico. También se pretende avanzar en los espacios de colaboración conjuntos con los ciudadanos y las asociaciones de pacientes, así como incorporar la perspectiva de la humanización en todo el proceso asistencial del paciente.

Para favorecer el rol activo del paciente sobre su proceso asistencial, así como su implicación en la toma de decisiones, es preciso mejorar la información que se le ofrece sobre su enfermedad, garantizando que entienda el alcance de la misma y las opciones de elección que tiene en cada momento, e incorporando herramientas que faciliten la comprensión de dicha información y la adopción de decisiones de acuerdo a sus preferencias.

Teniendo en cuenta que existe un importante marco de colaboración e implicación del tejido social en el proceso de atención a los pacientes oncológicos, en diferentes áreas de apoyo, y cuya relevancia es reconocida tanto por los propios pacientes y sus familias como por los profesionales clínicos que atienden a estos pacientes. Se considera necesario seguir avanzando en el desarrollo de programas de colaboración conjunta y en la búsqueda de nuevos espacios de cooperación.

Para avanzar en la incorporación de la perspectiva de la humanización en todo el proceso asistencial del paciente, se deben establecer las medidas apropiadas tanto desde la perspectiva del profesional como de la adecuación de espacios e infraestructuras.

Ilustración 45 abajo.
Líneas estratégicas del eje nº 5, participación ciudadana y humanización.

Fuente: Elaboración propia.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL EJE Nº 5 PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y HUMANIZACIÓN

PARTICIPACIÓN
CIUDADANA Y
HUMANIZACIÓN

5.1. Impulsar el rol activo del paciente en su proceso asistencial, favoreciendo la toma de decisiones compartidas.

5.2. Avanzar en los modelos de colaboración establecidos con las asociaciones de pacientes.

5.3. Potenciar y mejorar dentro del proceso asistencial de los pacientes, la dimensión humana y la dignidad de trato, así como la adecuación de los espacios asistenciales.

EJE ESTRATÉGICO Nº 6: OTRAS ÁREAS SOPORTE DE VALOR

Por medio de este eje se abordan diferentes aspectos clave como son la mejora de los sistemas de información, la investigación y la formación y capacitación de los profesionales implicados en la atención de pacientes oncológicos, así como medidas para la prevención y el tratamiento del síndrome del burnout.

En lo relativo a los sistemas de información, se considera esencial favorecer el acceso compartido a la información clínica del paciente por todos los profesionales sanitarios involucrados en su atención, con independencia del centro o del nivel asistencial en el que presten la atención. Así mismo debe disponerse de sistemas de registro que faciliten tanto la monitorización y evaluación de resultados clínicos como el análisis poblacional de la situación del cáncer en Castilla y León.

También es preciso avanzar en el desarrollo progresivo de la medicina predictiva en cáncer incorporando paulatinamente técnicas de análisis basadas en el Big Data y en el Real World Data.

Con el objetivo de incentivar los procesos de mejora en los diferentes centros asistenciales, se contempla la difusión entre los profesionales de iniciativas o experiencias que hayan supuesto una mejora en la atención al paciente oncológico, así como establecer un foro de encuentro y comunicación entre los diferentes profesionales de Sacyl.

En el ámbito de la investigación, es preciso potenciar la investigación cooperativa y multidisciplinar, desde una perspectiva de trabajo en red, de disponibilidad de recursos y de mejora del conocimiento de las actividades investigadoras tanto en lo que se refiere a la investigación básica, como epidemiológica y traslacional.

En este contexto, se contempla la creación de una red integrada de investigación entre las unidades de cáncer infantil al objeto de favorecer el desarrollo de ensayos clínicos, posibilitando de este modo, el acceso a tratamientos innovadores de los pacientes pediátricos con cáncer dentro de la Comunidad.

En lo que respecta a la formación, es aconsejable la adecuación y el reconocimiento de las acciones formativas, la formación con carácter transversal a los profesionales en aspectos relativos a la atención al paciente oncológico en los diferentes niveles asistenciales, el avance en una adecuada especialización y capacitación de los profesionales en la cobertura de puestos, así como la prevención y tratamiento de forma precoz del síndrome del burnout o desgaste profesional.

**OTRAS ÁREAS
SOPORTE DE VALOR**

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL EJE Nº 6 OTRAS ÁREAS SOPORTE DE VALOR

6.1. Impulsar los sistemas de información para favorecer, entre otros aspectos, un adecuado registro de la incidencia, el acceso a la información clínica necesaria, la monitorización de la actividad y la evaluación de los resultados en salud.

6.2. Apoyar la investigación cooperativa y multidisciplinar en red, tanto básica, como epidemiológica y traslacional.

6.3. Asegurar una adecuada formación y motivación de los profesionales en el ámbito oncológico.

Ilustración 46 arriba.
Líneas estratégicas del eje nº 6, otras áreas soporte de valor.

Fuente: Elaboración propia.

5.4.2 LÍNEAS ESTRATÉGICAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES VISIÓN GLOBAL

EJE	LÍNEA ESTRATÉGICA	PROYECTO
1. PREVENCIÓN PRIMARIA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ	1.1. Fomentar los estilos de vida saludables en la población.	1.1.1. Promover la concienciación para la adopción de hábitos saludables
	1.2. Potenciar el consejo genético en cáncer hereditario.	1.2.1. Consolidar el Programa de Consejo Genético en Cáncer Hereditario
	1.3. Impulsar los programas de detección precoz del cáncer.	1.3.1. Mejorar la cobertura en los programas de screening de cáncer
2. ATENCIÓN AL CÁNCER EN ADULTOS	2.1. Favorecer el trabajo tanto en red, como colaborativo dentro de cada hospital.	2.1.1. Potenciar el circuito de diagnóstico 2.1.2. Planificar, ordenar y dar a conocer las unidades especializadas o de referencia, así como las técnicas de elevada complejidad en cáncer de adulto y entre diferentes áreas/ centros 2.1.3. Definir las bases para el desarrollo de una medicina personalizada 2.1.4. Garantizar la homogeneidad, la calidad y los resultados en salud

EJE	LÍNEA ESTRATÉGICA	PROYECTO
1. ATENCIÓN AL CÁNCER EN ADULTOS	2.2. Potenciar la actividad de los comités de tumores, como base para asegurar la homogeneidad y equidad de la atención.	2.2.1. Comité multidisciplinar de tumores con un alto grado de implantación, participación y funcionamiento homogéneo
	2.3. Implementar un adecuado seguimiento de los pacientes adultos que han superado un cáncer.	2.3.1. Programa largos supervivientes en cáncer de adulto.
	2.4. Desplegar un soporte adecuado y específico al paciente .	2.4.1. Programa cuidados paliativos específico en cáncer de adultos.
3. ATENCIÓN AL CÁNCER INFANTIL Y JUVENIL	3.1. Garantizar la atención al paciente pediátrico en unidades especializadas de cáncer infantil y juvenil, y potenciar el trabajo en red entre centros de referencia.	3.1.1. Atender preferentemente al cáncer infantil en Unidades de Referencia Pediátricas Especializadas en Castilla y León. 3.1.2. Proceso asistencial integrado de atención al paciente pediátrico con cáncer. 3.1.3. Implementar una atención específica al cáncer en adolescentes
	3.2. Facilitar el acceso a rehabilitación, al apoyo psicológico, a un adecuado tratamiento del dolor y a un soporte paliativo de calidad.	3.2.1. Asegurar la atención multidisciplinar y personalizada del paciente pediátrico con cáncer 3.2.2. Plan reduce dolor en niños y adolescentes 3.2.3. Programa de cuidados paliativos específico en cáncer pediátrico
	3.3. Implementar un adecuado seguimiento de los pacientes pediátricos que han superado un cáncer.	3.3.1. Programa de seguimiento a largos supervivientes de cáncer pediátrico.
	3.4. Establecer mecanismos de colaboración que faciliten la atención educativa durante el periodo de hospitalización y convalecencia en su domicilio.	3.4.1. Asegurar la integración de la educación para los pacientes pediátricos con cáncer dentro del proceso asistencial.
3. TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DEL CÁNCER	4.1. Garantizar una adecuada accesibilidad a los tratamientos radioterápicos a través del trabajo en red, la actualización tecnológica y la incorporación de	4.1.1 Impulsar la actividad del Comité Asesor de Oncología Radioterápica 4.1.2 Facilitar el acceso a los tratamientos más avanzados en Oncología Radioterápica a todos los pacientes
	4.2. Asegurar una atención de calidad basada en protocolos y guías de práctica clínica.	4.2.1. Calidad en instalaciones 4.2.2. Atención multidisciplinar y personalizada del paciente con necesidad de tratamiento radioterápico 4.2.3. Programa de control de radiaciones
5. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y HUMANIZACIÓN	5.1. Impulsar el rol activo del paciente en su proceso asistencial, favoreciendo la toma de decisiones compartidas.	5.1.1. Promover modelos de gestión que favorezcan la implicación de los pacientes y sus familias sobre su enfermedad
	5.2. Avanzar en los modelos de colaboración establecidos con las asociaciones de pacientes.	5.2.1. Cocreación con asociaciones de pacientes y familiares

EJE	LÍNEA ESTRATÉGICA	PROYECTO
	5.3. Potenciar y mejorar dentro del proceso asistencial de los pacientes, la dimensión humana y la dignidad de trato, así como la adecuación de los espacios asistenciales.	5.3.1. Afectividad, confort y accesibilidad en la relación con el paciente y su familia 5.3.2. Potenciar las habilidades de comunicación, especialmente en situaciones complejas, de los profesionales sanitarios
6. OTRAS ÁREAS SOPORTE DE VALOR	6.1. Impulsar los sistemas de información para favorecer un adecuado registro de la incidencia del cáncer, el acceso a la información clínica necesaria, la monitorización de la actividad y la evaluación de los resultados en salud.	6.1.1. Evolución de las herramientas de HCE para mejorar la atención a los pacientes oncológicos 6.1.2. Herramientas de comunicación que faciliten el trabajo multidisciplinar y en red intra/intercentros 6.1.3. Potenciar los registros de cáncer para conocer incidencia, evolución, tendencia y resultados en salud 6.1.4. Big Data, RWD y avance en la medicina predictiva en cáncer 6.1.5. Difusión e impulso de buenas prácticas en cáncer
	6.2. Apoyar la investigación cooperativa y multidisciplinar en red, tanto básica, como epidemiológica y traslacional.	6.2.1. Impulso global a la investigación en adultos 6.2.2. Red integrada de investigación entre las Unidades de Cáncer Infantil en Castilla y León
	6.3. Asegurar una adecuada formación y motivación de los profesionales en el ámbito oncológico.	6.3.1. Plan de formación específico en atención al cáncer 6.3.2. Adecuación de las competencias de los profesionales a las necesidades de las unidades de atención al cáncer 6.3.3. Plan reducción “burnout” para profesionales involucrados en la atención al cáncer

Las líneas estratégicas definidas se articulan mediante el desarrollo de 37 proyectos y 67 actividades que se detallan en fichas descriptivas.

EJE ESTRATÉGICO Nº 1: PREVENCIÓN PRIMARIA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ

PROYECTO	
1.1.1. Promover la concienciación para la adopción de hábitos saludables	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
1. Prevención primaria y detección precoz	1.1. Fomentar los estilos de vida saludables en la población.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la prevalencia de los factores de riesgo asociados al cáncer (tabaco, sedentarismo y obesidad, alcohol, entre otros). • Favorecer el conocimiento en la población de signos y síntomas de alarma sobre cáncer. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>1.1.1.1. Políticas y actuaciones educativas de prevención y abandono del hábito tabáquico.</p> <p>a) Acciones orientadas a la población general:</p> <p>I. Campañas de comunicación social para informar de los riesgos del consumo de tabaco, en lo relativo al cáncer, así como sus efectos perjudiciales en la salud.</p> <p>II. Campañas de sensibilización basadas en el uso de las nuevas tecnologías específicamente dirigidas a población de riesgo.</p> <p>III. Promoción de la labor preventiva en consulta de los profesionales de Atención Primaria en la concienciación a los pacientes sobre la importancia de la adquisición de hábitos saludables, especialmente en lo relativo al consumo de tabaco.</p> <p>IV. Establecimiento de acuerdos con las corporaciones municipales para impulsar un programa de intervención comunitaria de los profesionales de Atención Primaria en prevención y hábitos saludables que, entre otros aspectos, incluya contenidos sobre los efectos nocivos del tabaco y contribuya a favorecer la deshabituación tabáquica.</p> <p>V. Colaboración con la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades para el desarrollo de las acciones clave con relación a la prevención y reducción del hábito tabáquico compartidas en el ámbito del consumo de tabaco contempladas en el VII Plan Regional sobre Drogas 2017-2021 de Castilla y León.</p> <p>VI. Desarrollo de las medidas contempladas en el IV Plan de Salud de Castilla y León con relación a la prevención y reducción del hábito tabáquico.</p> <p>VII. Cooperación con asociaciones de pacientes y otras entidades sociales con experiencia en el abordaje del tabaquismo.</p> <p>b) Actuaciones orientadas a la población infantil y juvenil:</p> <p>I. Colaboración entre la Consejería de Educación y la Consejería de Sanidad para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La inclusión de contenidos curriculares en prevención de consumo de tabaco. • El diseño de un programa de intervención comunitaria en los centros educativos por parte los profesionales de Atención Primaria en prevención y hábitos saludables que, entre otros contenidos, incluya la prevención del tabaquismo y su abandono, y se oriente a diferentes estratos de edad, así como a padres y madres de alumnos a través de las AMPAS. 	

1.1.1.2. Políticas y actuaciones de prevención del sedentarismo y la obesidad

a) Acciones orientadas a la población general:

I. Promoción de la labor preventiva en consulta de los profesionales de Atención Primaria en la concienciación a los pacientes sobre la importancia de la adquisición de hábitos saludables en lo relativo al sobrepeso y al sedentarismo.

II. Establecimiento de acuerdos con las corporaciones municipales para:

- El impulso de programas de actividad física (paseos saludables y actividades deportivas), y coordinar con los ayuntamientos su puesta en marcha.
- El diseño de un programa de intervención comunitaria de los profesionales de Atención Primaria en prevención y hábitos saludables, que incluya contenidos de promoción de la actividad física y de la alimentación saludable.

III. Desarrollo de las medidas contempladas en el IV Plan de Salud de Castilla y León con relación a la prevención y reducción de la obesidad y el sedentarismo.

b) Acciones orientadas a la población infantil y juvenil:

I. Colaboración entre la Consejería de Educación y la Consejería de Sanidad para el desarrollo de la Red de Escuelas Promotoras de Salud de Castilla y León contemplada en el IV Plan de Salud de Castilla y León, que entre otras actuaciones lleve a cabo las siguientes:

- El desarrollo de programas de actividad física en colegios con pautas concretas para la realización del ejercicio aeróbico.
- La planificación de actividades extraescolares relacionadas con la práctica de la actividad física (actividades deportivas, paseos, excursiones, etc.), en las que también se contemplen actividades en las que puedan participar las familias.
- El diseño de un programa de intervención comunitaria en los centros educativos por parte de los profesionales de Atención Primaria en prevención y hábitos saludables que entre otros contenidos incluya la promoción de la actividad física y la nutrición saludable, y se oriente a diferentes estratos de edad, así como a padres y madres de alumnos a través de las AMPAS.

c) Acciones orientadas a los profesionales de Atención Primaria:

I. Impulso a la implantación de Proceso de Sobrepeso y Obesidad Infantojuvenil:

- Actualización del Proceso de Sobrepeso y Obesidad Infantojuvenil en Atención Primaria de la Junta de Castilla y León.
- Despliegue de un plan para la formación y adopción del proceso por los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad.

1.1.1.3. Políticas y actuaciones educativas de prevención y abandono del consumo del alcohol

I. Promoción de la labor preventiva que desarrollan en consulta los profesionales de Atención Primaria en la concienciación a los pacientes sobre la importancia de la adquisición de hábitos saludables, especialmente en lo relativo a los riesgos asociados al consumo del alcohol.

II. Colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades para el desarrollo de las acciones clave compartidas en el ámbito del consumo del alcohol, contempladas en el VII Plan Regional sobre Drogas 2017-2021 de Castilla y León.

III. Desarrollo de las medidas contempladas en el IV Plan de Salud de Castilla y León con relación a la prevención del consumo de alcohol.

1.1.1.5. Mantenimiento de la tasa de vacunación en VPH y en hepatitis B

I. Desarrollo de las medidas contempladas en el IV Plan de Salud de Castilla y León con relación a la vacunación en VPH y hepatitis B.

II. Acciones orientadas a mantener la elevada tasa de vacunación en VPH y en hepatitis B.

PROYECTO	
1.2.1. Consolidar el Programa de Consejo Genético en Cáncer Hereditario	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
1. Prevención primaria y detección precoz.	1.2. Potenciar el consejo genético en cáncer hereditario.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar campañas de difusión del Programa de Consejo Genético en Cáncer Hereditario. • Mejorar el proceso de identificación de familias de riesgo. • Reducir la demora existente en la obtención de resultados de los test genéticos. • Actualizar los test genéticos de acuerdo con la evidencia científica. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
1.2.1.1. Acciones para mejorar el conocimiento del Programa de Consejo Genético en Cáncer Hereditario por parte de los profesionales sanitarios	
I. Elaboración de una guía de actuación para los profesionales sanitarios sobre el consejo genético en cáncer hereditario en Castilla y León, que integre toda la documentación existente actualmente.	
II. Difusión y publicación de la guía en el Portal de Salud de la Consejería de Sanidad y en la intranet de los centros, asignando una persona de referencia para la resolución de posibles consultas.	
1.2.1.2. Potenciación del acceso y agilización de la obtención de resultados	
I. Mejora, en el ámbito de Atención Primaria, de los registros realizados en la HCE de los pacientes en relación con los antecedentes familiares en cáncer, así como identificación de aquellos individuos o familias con predisposición hereditaria al cáncer para su derivación a las Unidades de Consejo Genético de Cáncer, tal y como se establece en la guía de actuación.	
II.M Plan de reducción de los plazos de obtención de resultados de los laboratorios de genética molecular.	
1.2.1.3. Ampliación de la cartera de servicios del consejo genético en cáncer hereditario en base a evidencia científica	
I. Actualización de los test genéticos que se realizan actualmente a las nuevas evidencias científicas.	
II. Potenciación de los laboratorios de Sacyl para, en la medida de lo posible, disponer de autosuficiencia en el diagnóstico.	

PROYECTO	
1.3.1. Mejorar la cobertura en los programas de screening de cáncer	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
1. Prevención primaria y detección precoz	1.3. Impulsar los programas de detección precoz del cáncer
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar el funcionamiento organizativo y los circuitos de los Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama y Cuello de Útero. • Mejorar la tasa de participación de la población diana en el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
1.3.1.1. Acciones de mejora de aspectos organizativos del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama	
<p>I. Desarrollo de acciones de concienciación a la población diana sobre la importancia de participar en el Programa de Cribado de Cáncer de Mama, así como mejorar la tasa de cobertura del Programa.</p> <p>II. Establecimiento de un mecanismo de monitorización que permita evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad y de los plazos del Programa.</p> <p>III. Protocolización de aspectos clave del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama y difusión entre los profesionales implicados, especialmente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mejora del proceso de comunicación de resultados al médico de Atención Primaria (informatización de resultados e inclusión de toda la información relevante). • La mejora de la coordinación del proceso de derivación de la paciente a Atención Hospitalaria cuando existe sospecha de cáncer en el resultado de la mamografía. • El acceso de los profesionales sanitarios a los datos básicos del programa: grado de cumplimiento, resultados, etc. 	
1.3.1.2. Transformación del programa de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero en un programa poblacional	
<p>I. Definición del procedimiento sistematizado de captación de la población diana de acuerdo a las características propias de un programa poblacional.</p> <p>II. Desarrollo de acciones de concienciación a la población diana sobre la importancia de participar en los Programas de Cribado de Cáncer de Cuello de Útero.</p> <p>III. Establecimiento de un mecanismo de monitorización que permita evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad y de los plazos del Programa.</p> <p>IV. Protocolización de aspectos clave del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero y difusión entre los profesionales implicados, especialmente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La accesibilidad y la participación de la población diana en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero. • La mejora del proceso para agilizar la obtención de resultados (citologías), así como el acceso informático a los mismos, y evitar que se produzcan demoras innecesarias en caso de que sea necesario la derivación de la paciente a Atención Hospitalaria. • El acceso de los profesionales sanitarios a los datos básicos del programa: grado de cumplimiento, resultados, etc. 	

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
1.3.1.3. Consecución de una alta tasa de captación de pacientes en el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal
<p>I. Revisión y rediseño del procedimiento de captación de la población diana en el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal para mejorar la participación.</p> <p>II. Establecimiento de un mecanismo de monitorización que permita evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad y de los plazos del Programa.</p> <p>III. Protocolización de aspectos clave del Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal y difusión entre los profesionales implicados, especialmente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La accesibilidad de la población diana de forma ágil al Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal. • La mejora del proceso de comunicación de resultados: sincronización de la comunicación de resultados al médico de Atención Primaria y al paciente. • El acceso de los profesionales sanitarios a los datos básicos del programa: grado de cumplimiento, resultados, etc.

EJE ESTRATÉGICO Nº 2: ATENCIÓN AL CÁNCER EN ADULTOS

PROYECTO	
2.1.1. Potenciar el circuito de diagnóstico rápido en cáncer	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
2. Atención al cáncer en adultos.	2.1. Favorecer el trabajo tanto en red, como colaborativo dentro de cada hospital.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar circuitos de diagnóstico rápido, garantizando un adecuado acceso. • Garantizar los tiempos de confirmación diagnóstica. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>2.1.1.1. Dispositivos y circuitos de diagnóstico rápido adecuados a las necesidades que minimicen tiempos de obtención de la confirmación diagnóstica</p> <p>I. Plan de mejora de las Unidades de Diagnóstico Rápido. Estudio de necesidades de las Unidades de Diagnóstico Rápido para identificar las carencias actuales y acometer su mejora, con el objeto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar y potenciar las Unidades de Diagnóstico Rápido existentes. • Incrementar su número para asegurar una cobertura adecuada. <p>II. Elaboración de un protocolo para la ordenación de las derivaciones, que tenga en consideración los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de vías clínicas interdisciplinarias preferentes para el diagnóstico y estadiaje rápido del paciente. • Mejora de la coordinación entre los profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, para favorecer la atención temprana en primera consulta del especialista cuando exista sospecha de cáncer. <p>III. Creación de un sistema de generación de alertas para mejorar la comunicación de resultados. Los sistemas de información identificarán a los pacientes con confirmación diagnóstica de cáncer y se notificará automáticamente al médico especialista de referencia, incluyendo de forma inmediata al paciente en un circuito de asistencia preferente.</p> <p>IV. Plan de aseguramiento de los tiempos de confirmación diagnóstica, que contemple el establecimiento de tiempos de garantía de demora</p>	

PROYECTO	
2.1.2. Planificar, ordenar y dar a conocer las unidades especializadas o de referencia, así como las técnicas de elevada complejidad en cáncer de adulto y entre diferentes áreas/ centros	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
2. Atención al cáncer en adultos.	2.1. Favorecer el trabajo tanto en red, como colaborativo dentro de cada hospital.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Ordenar adecuadamente los recursos implicados en la asistencia al cáncer para garantizar la calidad de la atención a los pacientes oncológicos. • Ofrecer a los pacientes una atención multidisciplinar, adaptada a las características de su proceso asistencial. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>2.1.2.1. Identificación de necesidades y creación de unidades de referencia especializadas en la atención de determinados tipos de cáncer, así como en técnicas de elevada complejidad, y elaboración de un mapa de referencias</p> <p>I. Planificación y definición de unidades especializadas o de referencia en el ámbito oncológico y hematológico de adultos en Castilla y León que aseguren la disponibilidad de una red asistencial oncológica que concentre en estas unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías oncológicas de mayor complejidad y/o de menor prevalencia en la Comunidad Autónoma. • La realización de una técnica o un procedimiento concreto de elevada complejidad, que requiera de un alto grado de especialización de los profesionales sanitarios y/o la utilización de equipos de alta tecnología. <p>II. Ordenación de los circuitos de derivación de pacientes o de muestras clínicas, a las unidades de referencia desde los centros asistenciales de menor complejidad, para asegurar la agilidad del proceso, la coordinación y el flujo de la información clínica necesaria, incluyendo la gestión de los desplazamientos del paciente y su familia.</p> <p>III. Elaboración de un mapa de referencias y difusión de éste entre los profesionales.</p> <p>IV. Disponibilidad de herramientas para una adecuada coordinación en la derivación de pacientes.</p> <p>2.1.2.2. Desarrollo de unidades funcionales multidisciplinarias por tipo de cáncer</p> <p>I. Definición de un modelo de unidades funcionales por patología (unidad de cáncer de mama, unidad de cáncer de pulmón, unidad de cáncer urológico, . . .), basándose en una metodología de trabajo de equipos multidisciplinarios.</p> <p>II. Adaptación del modelo en los diferentes hospitales, definiendo un protocolo de funcionamiento, y adopción de la guía de práctica clínica de referencia para el equipo multidisciplinar de la unidad.</p>	

PROYECTO	
2.1.3. Definir las bases para el desarrollo de una medicina personalizada.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
2. Atención al cáncer en adultos.	2.1. Favorecer el trabajo tanto en red, como colaborativo dentro de cada hospital.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
•Garantizar la aplicación de tratamientos más eficientes, personalizados y seguros para cada paciente.	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
2.1.3.1. Avance en el desarrollo de la medicina personalizada para que el diagnóstico y tratamiento del paciente oncológico sea más efectivo	
I. Elaboración de un plan para el abordaje progresivo de la medicina personalizada. <ul style="list-style-type: none"> • Marco de colaboración entre diferentes agentes (autoridades sanitarias y profesionales sanitarios, farmacéuticas y biotecnológicas, universidades) que faciliten la incorporación progresiva de la medicina personalizada. • Incorporación de nuevos biomarcadores que favorezcan la obtención de un diagnóstico más preciso y cuya eficacia se encuentre avalada científicamente. • Plan de necesidades en nuevas tecnologías, así como de formación y adaptación de los equipos a las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas. 	

PROYECTO	
2.1.4. Garantizar la homogeneidad, la calidad y los resultados en salud.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
2. Atención al cáncer en adultos.	2.1. Favorecer el trabajo tanto en red, como colaborativo dentro de cada hospital.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer una atención de calidad adaptada a las necesidades del paciente. • Reducir la variabilidad de la práctica clínica. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
2.1.4.1. Potenciación de la figura de la enfermera gestora de casos	
I. Incorporación del modelo de enfermera gestora de casos en todos los hospitales del Sistema Público de Salud de Castilla y León, asegurando los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de roles y funciones según los diferentes servicios o unidades a las que se adscribe (Oncología Médica, Oncología Radioterápica, ...). • Disponibilidad de profesionales con este perfil para la cobertura de puestos. 	
2.1.4.2. Homogenización de práctica clínica y aseguramiento de calidad de la atención	
I. Elaboración de un plan que avance en la homogenización de la práctica clínica. <ul style="list-style-type: none"> • Definición y/o adopción de guías de práctica clínica a nivel regional, para homogeneizar la práctica clínica en la Comunidad. • Adaptación de los protocolos terapéuticos de los centros asistenciales a las guías de práctica clínica de la Comunidad, complementando dichos protocolos con el desarrollo del proceso asistencial del paciente, en el que se definan circuitos ágiles de atención y los esquemas de funcionamiento de los servicios. • Implantación en el marco de competencias de Atención Primaria de protocolos: <ul style="list-style-type: none"> o Para la derivación por parte del médico de Atención Primaria a Oncología Médica o Hematología de acuerdo con la alteración o patología detectada. o Para la realización del seguimiento en Atención Primaria de determinadas patologías que no precisan atención o tratamiento inmediato o continuado en el ámbito hospitalario. • Fomento de la adherencia a guías de práctica clínica mediante su comunicación y formación a los profesionales implicados. II. Elaboración de un protocolo que contemple la valoración precoz de los pacientes oncológicos por servicios terapéuticos de apoyo, como: Psicología, Rehabilitación y Endocrinología/ Nutrición.	
2.1.4.3. Valoración de la preservación de la fecundidad en pacientes con cáncer en edad fértil y con deseos de tener descendencia.	
I. Impulso a los protocolos de derivación a las Unidades de Reproducción Humana para el asesoramiento en relación con la preservación de la fecundidad en pacientes en edad fértil y con deseos de tener descendencia, tal y como establece el IV Plan de Salud de Castilla y León. En este sentido, se garantizará a los pacientes la posibilidad de conservación de los gametos para su posterior utilización mediante técnicas de reproducción asistida humana.	

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

2.1.4.4. Potenciación de alternativas a la hospitalización: Hospitales de Día y Hospitalización a Domicilio

- I. Elaboración de un plan que favorezca el desarrollo de recursos alternativos a la hospitalización convencional:
- Hospitales de Día: incremento del número de puestos en los Hospitales de Día Oncológicos y Oncohematológicos para mejorar la administración de los tratamientos existentes.
 - Hospitalización a Domicilio: ampliación de la cobertura de la Hospitalización a Domicilio para favorecer la administración de determinados tratamientos.

2.1.4.5. Aumentar la capacidad de intervención de Atención Primaria

- I. Fomento de la implicación de Atención Primaria en el proceso de atención a los pacientes oncológicos, mediante las siguientes acciones:
- Mejora de la coordinación entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria favoreciendo la comunicación entre ambos niveles asistenciales.
 - Participación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en determinados cuidados del paciente oncológico (retirada de infusores, mantenimiento y cura de catéteres centrales, etc.).

2.1.4.6. Mejora del procedimiento de ingreso en Unidades de Hospitalización

- I. Elaboración de un protocolo de ingreso de pacientes oncológicos orientado a favorecer el ingreso directo, evitando el circuito de urgencias hospitalarias, de los pacientes oncológicos en estadios avanzados de la enfermedad, impulsando su adopción en los diferentes centros asistenciales y su difusión entre los profesionales de las unidades implicadas (AP, Unidades de Cuidados Paliativos, ESDCP, Urgencias, Oncología Médica, etc.). Recogerá:
- La definición de los criterios que deben reunir los pacientes sujetos al protocolo.
 - La articulación de herramientas para derivación (informes clínicos, etc.).
 - La disponibilidad, en la medida de lo posible, de un oncólogo médico de guardia localizada.

2.1.4.7. Optimización del proceso de Cirugía Oncológica

- I. Agilización de la realización de las interconsultas con otras especialidades en pacientes oncológicos para su valoración previa al tratamiento quirúrgico.
- II. Plan de mejora de la lista de espera para tratamiento quirúrgico de procesos oncológicos asegurando el cumplimiento de los tiempos máximos de demora establecidos por la Consejería de Sanidad.
- III. Mejora del manejo del paciente perioperatorio mediante el establecimiento de un protocolo que contemple fundamentalmente la atención de los siguientes aspectos: valoración del estado nutricional, psicológico y de las posibles comorbilidades por el médico especialista correspondiente.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

2.1.4.8. Atención de necesidades específicas del paciente oncohematológico

- I. Elaboración de un protocolo de atención al paciente oncohematológico que contemple entre otros, los siguientes aspectos:
- El establecimiento de mecanismos que favorezcan la continuidad asistencial, para asegurar que, en el marco de competencias de Atención Primaria, se comparten los procedimientos hospitalarios de atención terapéutica del paciente oncohematológico.
 - El acceso de los profesionales sanitarios a los resultados de las pruebas diagnósticas sin demoras.
 - La organización del manejo de los pacientes y administración de tratamientos por parte de enfermería.
 - La actualización o revisión continua del protocolo de atención al paciente oncohematológico para incorporar los avances en la mejora de la atención asistencial a estos pacientes.
- II. Creación de unidades de terapia intravenosa (consulta de enfermería oncohematológica con personal de enfermería adecuadamente adiestrado) para la colocación de catéteres de larga duración con calidad y seguridad para el paciente, así como ofrecer una correcta información.
- III. Potenciación de las Unidades de Trasplante de Médula Ósea (TMO).

2.1.4.9. Atención farmacéutica, prevención y manejo de efectos adversos

- I. Elaboración de una guía de tratamiento propia que contemple criterios comunes para la indicación de tratamientos farmacológicos y difusión de ésta entre los Servicios de Farmacia Hospitalaria y, sobre todo, de Oncología Médica.
- II. Establecimiento de un protocolo para el seguimiento de los tratamientos orales activos en el ámbito hospitalario, que tenga en cuenta:
- El grado de adherencia de los pacientes al tratamiento y posibles efectos secundarios, entre otros aspectos.
 - La coordinación con los Servicios de Urgencias Hospitalarios, los SUAP y los PAC (para la atención a los posibles efectos adversos).
 - La accesibilidad telefónica de los pacientes a un profesional de referencia para la resolución de posibles inquietudes con relación a los tratamientos.

2.1.4.10. Promoción de la valoración social en el proceso asistencial del paciente

- I. Elaboración de un protocolo para favorecer la atención social mediante:
- La difusión entre los profesionales sanitarios, el paciente y/o la familia de la existencia del trabajador social, sus funciones y forma de acceso al mismo.
 - El establecimiento de un modelo de coordinación para la identificación temprana por parte de los profesionales sanitarios de aquellos pacientes que se encuentren en situación de vulnerabilidad, incluyendo la valoración y el diagnóstico social de la unidad paciente-familia en el diagnóstico general.
- II. Establecimiento de un acuerdo entre la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y la Consejería de Sanidad para agilizar el proceso de reconocimiento de la situación de dependencia, así como el derecho a las prestaciones derivadas de dicha situación en pacientes diagnosticados de cáncer.

PROYECTO	
2.2.1. Comité multidisciplinar de tumores con un alto grado de implantación, participación y funcionamiento homogéneo.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
2. Atención al cáncer en adultos.	2.2. Potenciar la actividad de los comités de tumores.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Ordenar el marco de desarrollo y funcionamiento de los comités de tumores multidisciplinares en la Comunidad. • Asegurar la valoración de los pacientes por equipos multidisciplinares. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>2.2.1.1. Fomentar la implantación del comité de tumores multidisciplinar</p> <p>I. Marco organizativo y de funcionamiento del comité de tumores común para todos los hospitales de la comunidad, favoreciendo la adopción de estas estructuras de acuerdo con las competencias de cada centro asistencial. Se tendrá en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El establecimiento de un modelo de trabajo en red, que permita a los hospitales integrar en el comité de tumores a todos los perfiles requeridos mediante el empleo de técnicas de comunicación que hagan efectiva la participación virtual de los profesionales sin que sea necesario el desplazamiento físico de un centro a otro y posibiliten la conexión de forma ágil y eficaz. • La valoración de todos los pacientes oncológicos por parte del comité de tumores, registrando la decisión del comité en la historia clínica del paciente. • La regulación del funcionamiento de los comités de tumores para garantizar que la labor desarrollada por los profesionales y el tiempo de dedicación a los mismos se reconozca como parte de su actividad asistencial. • Establecimiento de un registro de actividad homogéneo para todos los comités que, atendiendo a las particularidades de cada uno, asegure la calidad, la amplitud de información y la fiabilidad del dato en las bases de datos y registros oncológicos: registro regional de tumores: base de datos a nivel local, regional y nacional, registro de actividad y registro de resultados. 	

PROYECTO	
2.3.1. Programa largos supervivientes en cáncer de adulto	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
2. Atención al cáncer en adultos.	2.3. Implementar un adecuado seguimiento tras la superación del cáncer.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Definir un modelo de atención a los largos supervivientes adaptado a las características propias de los pacientes que han superado un cáncer. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>2.3.1.1. Seguimiento adecuado de los largos supervivientes adultos</p> <p>I. Establecimiento de un modelo de seguimiento de largos supervivientes (pacientes que trascurridos 5 años desde el diagnóstico y tratamiento se encuentran libres de la enfermedad), atendiendo a los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de un protocolo para la identificación y abordaje de los problemas específicos y las características que presentan los largos supervivientes: <ul style="list-style-type: none"> o Detección y manejo de alteraciones comunes. o Control de posibles efectos secundarios. o Atención de las comorbilidades y su impacto en la salud de los pacientes mayores de 65-70 años. • Atención de largos supervivientes en Atención Primaria, definiéndose circuitos específicos entre Atención Primaria y Hospitalaria para favorecer la resolución de problemas específicos o concretos. 	

PROYECTO	
2.4.1. Programa cuidados paliativos específico en cáncer de adultos	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
2. Atención al cáncer en adultos.	2.4. Desplegar un soporte adecuado y específico en cuidados paliativos.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la suficiencia y adecuación de los cuidados paliativos a las necesidades específicas de los pacientes con cáncer. • Favorecer la equidad en el acceso a los cuidados paliativos. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>2.4.1.1. Abordaje específico de los cuidados paliativos en cáncer de adultos</p> <p>I. Designación de un responsable único de los cuidados paliativos oncológicos en Castilla y León con el objetivo de favorecer la mejora y coordinación de estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de la correcta implantación del modelo que contempla el Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León en el ámbito oncológico. • Promoción de la coordinación entre los diferentes recursos asistenciales EAP, ESDCP, HADO y UHCP, así como con la Gerencia Regional de Emergencias Sanitarias de Castilla y León: <ul style="list-style-type: none"> o Coordinación entre los profesionales de los distintos dispositivos existentes, garantizando la disponibilidad de sistemas de información compartidos. o Coordinación / comunicación de las UHCP con los SUAP y los PAC, para asegurar el conocimiento de los pacientes que se encuentran en seguimiento por estas unidades y el acceso a su plan de cuidados. o Coordinación entre el servicio de Oncología y el EAP cuando la actitud terapéutica sea principalmente paliativa, y sea asumida por Atención Primaria: <ul style="list-style-type: none"> - Transmisión adecuada de la información a Atención Primaria para que pueda organizar y asumir la atención tanto del paciente como del entorno. - Fácil acceso a ESDCP, cuando sea necesario (complejidad, aclaración de dudas, materiales, etc.). o Mejora de los mecanismos de coordinación entre recursos sociales y sanitarios que garanticen una atención integral a las necesidades de los pacientes internados en centros residenciales. <p>II. Detección del paciente con necesidad de atención con cuidados paliativos, de forma precoz, en cualquier nivel asistencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración integral del paciente y la familia. • Plan de intervención y, protocolización y coordinación del seguimiento. <p>III. Elaboración del plan terapéutico y de cuidados personalizados, adaptado en la medida de lo posible a las preferencias del paciente y que tenga en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención preferente en el domicilio por el EAP. • Control de síntomas y de los factores de riesgo de descompensación. • Coordinación de la programación de visitas y actuaciones con el EAP. • Apoyo emocional y reevaluación del nivel de complejidad del paciente (IDC-Pal). 	

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
<p>IV. Aseguramiento del apoyo necesario a los ESDCP y a los EAP para que puedan asumir de forma adecuada los cuidados paliativos correspondientes y garantizar la cobertura de atención de los pacientes oncológicos que lo necesiten. Se contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La dotación de suficientes ESDCP en todas las provincias, asegurando tanto el acceso desde el entorno urbano como rural. • La garantía de que las UHCP se orientan a la atención de los casos más complejos y las urgencias paliativas. • La derivación de pacientes complejos a las UHCP para garantizar la atención avanzada y específica en situaciones de alta complejidad, asegurando la disponibilidad de camas específicas en todas las áreas de salud, así como habitaciones de uso individual para los pacientes de mayor complejidad. • La posibilidad de que, en los últimos días, la unidad paciente-familia pueda elegir el entorno de acuerdo con sus preferencias (domicilio u hospital). <p>V. Diseño de un registro de la actividad asistencial, integrado en la historia clínica del paciente, que facilite la recogida de la información de la atención que se presta en el ámbito de los cuidados paliativos, definiendo un modelo estandarizado de recogida de información (requisitos mínimos de cumplimentación).</p>

EJE ESTRATÉGICO Nº 3: ATENCIÓN AL CÁNCER INFANTIL Y JUVENIL

PROYECTO	
3.1.1. Atender preferentemente al cáncer infantil en Unidades de Referencia Pediátricas Especializadas en Castilla y León	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
3. Atención al cáncer infantil y juvenil.	3.1. Garantizar la atención en unidades especializadas y el trabajo en red.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que los pacientes pediátricos con cáncer son atendidos, en la medida de lo posible, en las Unidades de Referencia de Cáncer Infantil de Castilla y León. • Garantizar el adecuado seguimiento de los niños con predisposición a padecer cáncer. • Potenciar el trabajo en red entre centros de referencia. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
3.1.1.1. Impulso a la derivación de los pacientes pediátricos con cáncer a Unidades de Referencia de Cáncer Infantil de Castilla y León	
<p>I. Ordenación de las Unidades de Referencia de Cáncer Infantil autonómicas para todos los niños de Castilla y León con el objetivo de facilitar el diagnóstico y tratamiento en su medio más cercano, para ello se contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El establecimiento de una regulación autonómica de la Consejería de Sanidad para ordenar las derivaciones a las Unidades de Referencia de Cáncer Infantil. • La elaboración de un mapa de recursos regional para el diagnóstico y tratamiento del cáncer infantil (unidades de cáncer infantil, cartera de servicios, etc.). • La realización de un protocolo de derivación preferente de los pacientes con sospecha de patología tumoral para su posible diagnóstico a dichas unidades, tanto desde Atención Primaria como desde Atención Hospitalaria, atendiendo a criterios de urgencia, proximidad, referencia, humanización, entre otros. • La divulgación entre los profesionales sanitarios del ámbito de pediatría, tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, del mapa de recursos y del protocolo de derivación. <p>II. Mejora del proceso de información a las familias relativas a los centros de referencia y recursos disponibles en la comunidad para el tratamiento de los pacientes pediátricos con cáncer, favoreciendo, siempre que sea posible, la atención asistencial del paciente en el Sistema Público de Salud de Castilla y León.</p> <p>III. Incorporación, en la medida de lo posible, en el equipo multidisciplinar de las Unidades de Referencia de Cáncer Infantil de un médico genetista responsable de ofrecer el consejo genético a los pacientes y a sus familias.</p> <p>IV. Establecimiento de un protocolo que permita asegurar la coordinación y la pronta realización de las pruebas diagnósticas indicadas a un paciente pediátrico, garantizando el cumplimiento de los criterios de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas.</p> <p>V. Disponibilidad de recursos alternativos que mejoren la recuperación del paciente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento de estancia intermedia tras el alta hospitalaria en aras de una mejor recuperación funcional. • Hospitalización a Domicilio para evitar la infección nosocomial. <p>VI. Protocolización de la atención y seguimiento en las Unidades de Referencia de Cáncer Infantil de la atención a niños con predisposición al cáncer: síntomas genéticos asociados, hemihipertrofia congénita.</p>	

PROYECTO	
3.1.2. Proceso asistencial integrado de atención al paciente pediátrico con cáncer	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
3. Atención al cáncer infantil y juvenil.	3.1. Garantizar la atención en unidades especializadas y el trabajo en red.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar al paciente pediátrico una atención integral desde el inicio de su proceso asistencial y a lo largo del mismo. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
3.1.2.1. Proceso de atención integrado y personalizado para el paciente pediátrico con cáncer	
<p>I. Elaboración de un protocolo que contemple la valoración integral multidisciplinar de los pacientes oncológicos pediátricos, así como las pautas para afrontar en el trabajo diario de todos los profesionales implicados la atención del paciente oncológico pediátrico.</p> <p>II. Constitución de equipos multidisciplinarios como base del tratamiento integral del cáncer infantil, que lleven a cabo sesiones clínicas conjuntas registrando los resultados en la historia clínica del paciente.</p>	
PROYECTO	
3.1.3. Implementar una atención específica al cáncer en adolescentes	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
3. Atención al cáncer infantil y juvenil.	3.1. Garantizar la atención en unidades especializadas y el trabajo en red.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer a los pacientes adolescentes una atención ajustada a las características y necesidades específicas de su edad 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
3.1.3.1. Adecuación de la atención y los espacios para los pacientes adolescentes con cáncer	
<p>I. Creación de Unidades de Atención Específica a Adolescentes con Cáncer, en las cuales se consideren las necesidades y particularidades propias de estos pacientes.</p> <p>II. Elaboración del proceso de atención integrado y personalizado para adolescentes con cáncer.</p> <p>III. Definición de consultas de transición que favorezcan la coordinación entre profesionales en los cambios de la edad pediátrica a la adulta, en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de transición de pacientes en seguimiento por patología oncológica, desde Oncología Pediátrica a Oncología Médica cuando alcanza los 18 años. • Consulta de transición a Atención Primaria para favorecer el seguimiento del superviviente cuando el paciente alcanza los 18 años y esté curado. 	

PROYECTO	
3.2.1. Asegurar la atención multidisciplinar y personalizada del paciente pediátrico con cáncer	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
3. Atención al cáncer infantil y juvenil.	3.2. Acceso a tratamientos de apoyo.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
• Favorecer el acceso de los pacientes pediátricos a aquellas unidades o servicios cuya intervención es clave como apoyo a su proceso terapéutico.	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>3.2.1.1. Acceso precoz a la consulta de valoración con el médico rehabilitador</p> <p>I. Elaboración de un protocolo que contemple el acceso temprano del paciente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La rehabilitación de secuelas para pacientes pediátricos por encima de la edad de atención temprana (0-3 años o 6 sin escolarizar). • El desarrollo de programas específicos de rehabilitación para pacientes oncológicos pediátricos para evitar riesgos derivados de la inmunosupresión. • La rehabilitación domiciliaria, incluyendo la prestación dentro de los Servicios de Rehabilitación Hospitalarios para mejorar la recuperación del niño. <p>3.2.1.2. Acceso precoz a la consulta de valoración de nutrición</p> <p>I. Elaboración de un protocolo que contemple la valoración temprana por un dietista-nutricionista para garantizar el mejor estado nutricional de los pacientes, y contemplar la elaboración de menús atractivos para los niños.</p> <p>3.2.1.3. Incorporación temprana del apoyo psicológico en el proceso de atención del paciente con cáncer</p> <p>I. Elaboración de un protocolo que contemple, al inicio del proceso asistencial, la valoración por un psicólogo, y su posterior tratamiento y seguimiento.</p>	

PROYECTO	
3.2.2. Plan reduce dolor en niños y adolescentes	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
3. Atención al cáncer infantil y juvenil.	3.2. Acceso a tratamientos de apoyo.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
• Favorecer que los profesionales implicados en la atención a los pacientes pediátricos con cáncer tengan un adecuado conocimiento en el manejo del dolor.	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>3.2.2.1. Mejora de la atención al dolor en los pacientes pediátricos</p> <p>I. Elaboración de un protocolo que asegure una adecuada gestión del dolor, esto es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formar en el manejo y alivio del dolor en el paciente oncológico pediátrico, mediante la administración de la analgesia y la sedación. • Asegurar ágiles circuitos de acceso de los pacientes para el tratamiento adecuado de su dolor en unidades específicas. <p>II. Diseño de una aplicación que facilite la medición del dolor en los niños mediante una escala de valoración, como la creación de un termómetro digital del dolor.</p>	
PROYECTO	
3.2.3. Programa de cuidados paliativos específico en cáncer pediátrico	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
3. Atención al cáncer infantil y juvenil.	3.2. Acceso a tratamientos de apoyo.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
• Adaptar la atención en cuidados paliativos a los pacientes pediátricos.	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>3.2.3.1. Abordaje específico de los cuidados paliativos en cáncer pediátrico</p> <p>I. Implantación de forma efectiva del Plan Regional de Cuidados Paliativos en el ámbito de los pacientes oncológicos pediátricos, asegurando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención domiciliaria en cuidados paliativos. • El desarrollo de equipos multidisciplinares en el ámbito de los cuidados paliativos a pacientes pediátricos, así como la coordinación entre los equipos de apoyo de cuidados paliativos, los profesionales de la Unidad de Oncología y Oncohematología Pediátrica y los pediatras de Atención Primaria. • La atención del paciente por el equipo de cuidados paliativos desde las fases tempranas de su proceso, intensificando los cuidados a medida que avanza la enfermedad y especialmente cuando el paciente alcanza la última etapa de su vida. • La valoración integral multidisciplinar protocolizada del paciente y su entorno, contemplando los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> o Valoración física, psicoemocional y espiritual. o Valoración socio-familiar. o Plan de intervención, del paciente y del cuidador principal, y de seguimiento. 	

PROYECTO	
3.3.1. Programa de seguimiento a largos supervivientes de cáncer pediátrico.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
3. Atención al cáncer infantil y juvenil.	3.3. Seguimiento tras superar un cáncer.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> Definir un modelo de atención a los largos supervivientes adaptado a las características propias de los niños y adolescentes. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>3.3.1.1. Mejora del seguimiento y control a largo plazo de supervivientes de cáncer pediátrico</p> <p>I. Elaboración de un protocolo para el seguimiento a largo plazo de los supervivientes de cáncer pediátrico. Incluyendo entre otras cuestiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> El control de secuelas o efectos tardíos, y que contemple la implicación del EAP, de acuerdo con los riesgos y características propias de cada paciente. La información específica sobre hábitos de vida saludable y posibles secuelas tardías, para corresponsabilizar al paciente en el seguimiento de su salud. La detección temprana de posibles problemas al objeto de establecer la intervención terapéutica más adecuada en cada caso. El establecimiento de una consulta de transición para largos supervivientes pediátricos cuando alcancen la edad adulta. 	

PROYECTO	
3.4.1. Asegurar la integración de la educación para los pacientes pediátricos con cáncer dentro del proceso asistencial.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
3. Atención al cáncer infantil y juvenil.	3.4. Establecer mecanismos de colaboración que faciliten la atención educativa.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> Asegurar la continuidad del proceso educativo de los pacientes pediátricos con cáncer. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>3.4.1.1. Mejora de la atención de las necesidades educativas de los pacientes pediátricos con cáncer, tanto en el ámbito hospitalario como en el domiciliario</p> <p>I. Consolidación del modelo de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación para asegurar:</p> <ul style="list-style-type: none"> La continuidad del proceso educativo normalizado del paciente en el entorno hospitalario/domiciliario, garantizando la intervención de los agentes adecuados. El mantenimiento de un refuerzo y apoyo educativo durante el periodo inicial de reincorporación del paciente pediátrico al ámbito escolar. 	

EJE ESTRATÉGICO Nº 4: TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DEL CÁNCER

PROYECTO	
4.1.1. Impulsar la actividad del Comité Asesor de Oncología Radioterápica.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
4. Tratamiento radioterápico del cáncer.	4.1. Accesibilidad a Radioterapia.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> Ordenar los servicios de Oncología Radioterápica en la Comunidad. Asegurar la disponibilidad de la información de la actividad asistencial, así como su tratamiento y explotación y disponer de un observatorio que asegure la mejora de los Servicios de Oncología Radioterápica. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>4.1.1.1. Planificación y monitorización de la Oncología Radioterápica en Castilla y León</p> <p>I. Elaboración de un estudio de necesidades de radioterapia en Castilla y León, basado en un análisis de la incidencia real de tumores en la región, para asegurar la dimensión más adecuada de los servicios que garantice la calidad de los tratamientos (nº de pacientes / Unidades), así como la revisión de las plantillas de profesionales de acuerdo con las recomendaciones internacionales.</p> <p>II. Revisión de la asignación de la población de referencia para asegurar la adecuación de los tiempos de acceso, y una asistencia de calidad.</p> <p>III. Fomento del equilibrio territorial en técnicas diagnósticas y terapéuticas especiales, mediante el desarrollo de las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación, por parte del Comité Asesor, de la introducción de nuevas tecnologías de forma coordinada con los centros sanitarios en Castilla y León. Establecimiento de centros de referencia para radioterapia (infantil, braquiterapia ginecológica compleja, APBI (irradiación parcial de mama con braquiterapia), radiocirugía, RIO (Radioterapia Intraoperatoria), protones, PET (tomografía por emisión de positrones), pediatría y sarcoma. <p>IV. Creación de un sistema de información y un cuadro de mando que monitorice la actividad de Oncología Radioterápica y de Radiofísica.</p> <p>V. Creación de un observatorio de Radioterapia que vele por la mejora de la calidad y que realice el seguimiento de las medidas acordadas por el Comité Asesor.</p> <p>VI. Desarrollo de un plan director que oriente la Oncología Radioterápica a medio plazo.</p>	

PROYECTO	
4.1.2. Facilitar el acceso a los tratamientos más avanzados en Oncología Radioterápica a todos los pacientes.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
4. Tratamiento radioterápico del cáncer.	4.1. Accesibilidad a Radioterapia.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el acceso a las técnicas diagnósticas altamente especializadas. • Actualizar la práctica clínica en base a las nuevas evidencias científicas. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>4.1.2.1. Promoción del acceso universal de los pacientes que lo necesiten a los tratamientos de Oncología Radioterápica más avanzados en base a la evidencia científica</p> <p>I. Establecimiento de un procedimiento que favorezca el acceso de forma ágil a técnicas diagnósticas de alta especialización a todos los pacientes que lo requieran.</p> <p>II. Definición de un plan que asegure la dotación tecnológicamente avanzada en todos los centros, permitiendo la disponibilidad de las siguientes técnicas (IMRT e IGRT, y TC 4D y técnicas de control respiratorio durante la irradiación), y la distribución racional de las técnicas estereotáxicas en los centros</p> <p>III. Elaboración de un plan de renovación del equipamiento de Radioterapia orientado a garantizar la actualización tecnológica progresiva de los equipos, y asegurar su recambio una vez finalizada su vida útil.</p>	

PROYECTO	
4.2.1. Calidad en instalaciones.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
4. Tratamiento radioterápico del cáncer.	4.2. Atención de calidad.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar el estado adecuado de las instalaciones técnicas. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>4.2.1.1. Adopción de medidas orientadas a mejorar la calidad de las instalaciones</p> <p>I. Elaboración de recomendaciones y protocolos para homogeneizar la atención e incrementar la calidad de los servicios de acuerdo con los estándares y últimas recomendaciones de las sociedades científicas y de la evidencia científica disponible.</p> <p>II. Elaboración de un programa de garantía de calidad de las instalaciones técnicas de los servicios de Oncología Radioterápica, que contemple la adaptación de los contratos de mantenimiento para que las revisiones de los equipos se realicen de forma que no interfieran la asistencia a los pacientes.</p>	

PROYECTO	
4.2.2. Atención multidisciplinar y personalizada del paciente con necesidad de tratamiento radioterápico.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
4. Tratamiento radioterápico del cáncer.	4.2. Atención de calidad.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la valoración integral del paciente de Oncología Radioterápica. • Mejorar la coordinación de los servicios de Oncología Radioterápica y Radiofísica. • Asegurar la gestión eficaz de los aspectos administrativos vinculados a la atención. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>4.2.2.1. Mejora de la eficacia y la calidad de los procesos de atención al paciente oncológico en tratamiento radioterápico</p> <p>I. Incorporación, como parte del equipo multidisciplinar del modelo de comité de tumores que se defina para la Comunidad, del perfil del oncólogo radioterápico, asegurando su participación, ya sea de forma presencial en el propio hospital o mediante salas virtuales de conexión telemática eficientes.</p> <p>II. Potenciación del rol de la enfermera gestora de casos en los servicios de Oncología Radioterápica, para facilitar la gestión de trámites administrativos a los pacientes (transporte, citas, pruebas, etc.), así como, para favorecer la conexión/información entre diferentes unidades asistenciales.</p> <p>III. Se favorecerá una mayor coordinación en el proceso multidisciplinar para disminuir tiempos de espera en las distintas consultas.</p> <p>IV. Incorporación en el proceso asistencial del paciente de otros profesionales (psicólogos, nutricionista, rehabilitadores, especialistas en dolor) que permitan realizar una valoración integral del mismo.</p> <p>V. Coordinación con cuidados paliativos de forma ágil cuando igualmente sean necesarios.</p> <p>VI. Creación de unidades funcionales que integren la Oncología Radioterápica y la Radiofísica, para favorecer la coordinación entre el tratamiento de quimioterapia concomitante y la radioterapia. Designación de un coordinador técnico.</p> <p>VII. Definición de los criterios de calidad en la atención a los pacientes para asegurar unos plazos de atención uniformes, tanto para consulta como para tratamiento. Igualmente, establecer un procedimiento de análisis sistemático de la calidad de los tratamientos.</p>	

PROYECTO	
4.2.3. Programa de control de radiaciones	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
4. Tratamiento radioterápico del cáncer.	4.2. Atención de calidad.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir las radiaciones a las que se somete a los pacientes durante todo su proceso asistencial. • Disponer de un registro para cada paciente de las radiaciones ionizantes que ha recibido a lo largo de su vida. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>4.2.3.1. Implementación de un carnet de control de radiación a la exposición de las radiaciones ionizantes</p> <p>I. Establecimiento de protocolos de diagnóstico y tratamiento por imagen cuando se utilicen técnicas con radiaciones ionizantes, para optimizar y reducir la dosis de radiación en los estudios de diagnóstico y seguimiento, de tal forma, que se limite o minimice la dosis de la radiación recibida por el paciente, así como se estandarice y homogenice el tipo de estudios en todos los centros.</p> <p>II. Diseño de un carnet de control de radiación donde se refleje la dosis de radiación recibida en cada estudio (diagnóstico inicial y seguimiento), y que ayude a sopesar y justificar la indicación de pruebas de imagen con radiación ionizante (beneficio/riesgo).</p>	

EJE ESTRATÉGICO Nº 5: PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y HUMANIZACIÓN

PROYECTO	
5.1.1. Promover modelos de gestión que favorezcan la implicación de los pacientes y sus familias sobre su enfermedad.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
5. Participación ciudadana y humanización.	5.1. Impulsar el rol activo del paciente en su proceso asistencial.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Implicar al paciente en el cuidado de su salud y en la toma de decisiones sobre su proceso asistencial, favoreciendo así el empoderamiento del paciente. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>5.1.1.1. Fomento de estrategias para la toma de decisiones compartidas</p> <p>I. Promoción de un modelo de toma de decisiones compartidas.</p> <p>II. Desarrollo de un programa de paciente activo dirigido a las personas con cáncer, que mejore sus conocimientos y habilidades, y la forma de afrontar su enfermedad.</p> <p>III. Promoción entre los pacientes, los profesionales y la sociedad del derecho a formalizar documentos de instrucciones previas para poder decidir los tratamientos y cuidados que desean recibir cuando se encuentren en situaciones en las que no puedan manifestar su voluntad personalmente.</p>	

PROYECTO	
5.2.1. Cocreación con asociaciones de pacientes y familiares.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
5. Participación ciudadana y humanización.	5.2. Avanzar la colaboración con las asociaciones de pacientes.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar a los pacientes y familiares a los órganos de participación. • Impulsar la relación con las asociaciones de pacientes y familiares • Garantizar el apoyo social al paciente y su familia. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
5.2.1.1. Incorporación a las asociaciones de pacientes y familiares en los órganos de participación y asesoramiento	
<p>I. Promoción de las comisiones de participación de pacientes, familias, profesionales para identificar sus necesidades y expectativas, así como conocer su opinión a lo largo del proceso asistencial.</p> <p>II. Impulso a la representación de las asociaciones de pacientes en los órganos de participación existentes, así como en otros que pudiesen regularse.</p>	
5.2.1.2. Fomento de la colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares en formación, apoyo y concienciación	
<p>I. Colaboración con asociaciones de pacientes y familiares en el desarrollo del programa del paciente activo.</p> <p>II. Fomento de la creación de grupos de apoyo entre pacientes, familiares y profesionales: <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de iniciativas orientadas a reunir a pacientes y profesionales sanitarios en un entorno diferente. • Creación de una red de participación / colaboración con asociaciones de pacientes y familiares. </p> <p>III. Fomento de la colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares en la elaboración de los recursos de contenido sanitario dirigido a ellos, tales como guías, cartelería, trípticos informativos, entre otros. Asegurar la disponibilidad de dicho material en el Aula de Pacientes del Portal de Salud y la difusión adecuada de sus contenidos tanto a profesionales como a pacientes.</p>	
5.2.1.3. Apoyo social al paciente con cáncer y a su familia	
<p>I. Estimulación y refuerzo de los acuerdos de colaboración con asociaciones de pacientes para la prestación de servicios de apoyo a los pacientes y familiares, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Atención psicológica y social a los pacientes y cuidadores. • Información sobre los recursos existentes. • Aportación de infraestructuras: pisos de acogida. </p> <p>II. Potenciación de la participación ciudadana a través del voluntariado en hospitales y en domicilios.</p>	

PROYECTO	
5.3.1. Afectividad, confort y accesibilidad en la relación con el paciente y su familia.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
5. Participación ciudadana y humanización.	5.3. Potenciar y mejorar la dimensión humana y el entorno asistencial.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la acogida y confortabilidad en los centros. • Facilitar al paciente la realización de las gestiones de carácter administrativo. • Mejorar la adecuación del entorno en los centros sanitarios. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
5.3.1.1. Mejora del entorno asistencial y adecuación a las necesidades del paciente	
<p>I. Adaptación progresiva de las unidades de atención al paciente oncológico, favoreciendo su confortabilidad.</p> <p>II. Habilitación y mejora de espacios (zonas de recreo y juegos bien equipadas) en el marco específico de atención a niños y adolescentes.</p> <p>III. Protocolo de actuación para la atención a las necesidades específicas de pacientes en situación terminal y sus familias.</p> <p>IV. Mejora de la señalización de los centros sanitarios, incorporando los últimos avances tecnológicos siempre que sea factible.</p>	
5.3.1.2. Gestión de trámites administrativos	
<p>I. Impulso del papel de la enfermera gestora de casos, para favorecer la gestión de diferentes trámites y agilizar los procedimientos, tales como, el acceso a segundas opiniones médicas, la gestión citas, la coordinación de las agendas de citas, los días de traslado y otros trámites.</p>	
5.3.1.3. Adecuación del transporte sanitario	
<p>I. Elaboración de un plan de mejora del transporte sanitario, que contemple la adecuación de rutas, horarios y condiciones de transporte.</p>	

PROYECTO	
5.3.2. Potenciar las habilidades de comunicación, especialmente en situaciones complejas, de los profesionales sanitarios.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
5. Participación ciudadana y humanización.	5.3. Potenciar y mejorar la dimensión humana y el entorno asistencial.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
• Mejorar el proceso de comunicación con los pacientes y sus familias.	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
5.3.2.1. Proporcionar a paciente y familiares una información adecuada y suficiente a lo largo de todo su proceso asistencial	
I. Revisión del plan de información asistencial en Atención Primaria y Hospitalaria, especialmente en los aspectos relativos a la información presencial, además de la información escrita, recursos y servicios disponibles.	
II. Ampliación de los contenidos del Aula de Pacientes con guías específicas en cuidados paliativos para pacientes y cuidadores, así como consejos para afrontar el sufrimiento y el duelo.	
III. Revisión y actualización de los contenidos del Portal de Salud en lo relativo a recursos y servicios en el ámbito oncológico, para incorporar un mapa de recursos disponibles que permita orientar e informar al paciente y a los familiares sobre las prestaciones y servicios a los que pueden acceder.	
5.3.2.2. Mejora de las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios	
I. Incluir en los planes de formación contenidos en habilidades de comunicación para profesionales.	

EJE ESTRATÉGICO Nº 6: OTRAS ÁREAS SOPORTE DE VALOR

PROYECTO	
6.1.1. Evolución de las herramientas de HCE para mejorar la atención a los pacientes oncológicos.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
6. Otras áreas soporte de valor.	6.1. SSII en el ámbito oncológico.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
• Garantizar la accesibilidad de los profesionales a la información clínica del paciente.	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
6.1.1.1. Información adecuada y accesible a las necesidades del profesional en la atención del paciente con cáncer	
I. Revisión y estudio de las herramientas de HCE desde el punto de vista del proceso de atención al paciente oncológico: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico oncológico, lo que permitirá la notificación e incorporación automática de los pacientes en el Registro de Tumores. Los diagnósticos de Anatomía Patológica se basarán en protocolos codificados de Sacyl. • Facilitar el seguimiento y evolución de los pacientes oncológicos y su tratamiento a través de la HCE de Castilla y León. • Ampliar los sistemas de información para la explotación y análisis de variables clínicas de pacientes diagnosticados de cáncer. 	
II. Implantación y extensión de interconsultas en el ámbito de los profesionales que participan en el tratamiento y seguimiento de pacientes oncológicos, proponiendo y evolucionando nuevos sistemas de interconsultas.	
III. Diseño de un sistema de avisos e integrarlo mejorando el sistema de avisos de HCE.	
IV. Implantación y extensión de la consulta no presencial en pacientes oncológicos.	

PROYECTO	
6.1.2. Herramientas de comunicación que faciliten el trabajo multidisciplinar y en red intra/intercentros	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
6. Otras áreas soporte de valor.	6.1. SSII en el ámbito oncológico.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
• Favorecer los procesos de comunicación y transmisión de conocimiento.	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
6.1.2.1. Adopción de herramientas colaborativas que eviten desplazamientos tanto al profesional como al paciente como marco de apoyo al trabajo en red en el ámbito oncológico	
I. Potenciar el uso de las herramientas de trabajo multidisciplinar y de trabajo en red, para el impulso del trabajo colaborativo entre profesionales tanto de distinto centro en el mismo nivel asistencial como entre distintos niveles asistenciales.	
II. Dotar de equipamiento y medios a los centros y profesionales para la utilización de estas herramientas: ampliación de las líneas de comunicación intercentros, salas virtuales de reunión y ordenadores personales dotados de videocámaras	

PROYECTO	
6.1.3. Potenciar los registros de cáncer para conocer incidencia, evolución, tendencia y resultados en salud.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
6. Otras áreas soporte de valor.	6.1. SSII en el ámbito oncológico.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
• Favorecer el conocimiento de la casuística del cáncer en Castilla y León, y los resultados en salud.	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
6.1.3.1. Plan de mejora del Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León	
<p>I. Elaboración de un plan de mejora del Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León, que aborde la recogida de información, así como el acceso y la consulta de los resultados, e incorpore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de Tumores unificado. • Homogenización de procedimientos de recogida de información para asegurar la adecuada inclusión de datos, tanto en tiempo como en forma, cumpliendo con los criterios de calidad requeridos. • Despliegue de un plan de información y comunicación a los profesionales para potenciar el Registro de Tumores, así como los protocolos de comunicación de nuevos casos, asegurando la eficacia del nuevo modelo. • Impulso a la incorporación de casos por sistemas automatizados, facilitando la progresiva integración de la información disponible en las diferentes bases de datos y fuentes de información. 	
6.1.3.2. Registro de Tumores Infantil de excelencia	
<p>I. Diseño y puesta en funcionamiento de un modelo de explotación de resultados del Registro de Tumores Infantil.</p> <p>II. Definición de una estrategia de seguimiento de los pacientes oncológicos infantiles para favorecer la incorporación al registro de la información adicional sobre el estado del paciente (supervivencia, supervivencia libre de eventos, ...).</p> <p>III. Incorporación de un sistema de alertas de seguimiento que garantice la actualización del estado de los pacientes oncológicos infantiles en el Registro de Tumores Infantil.</p> <p>IV. Procedimiento de supervisión que asegure que todos los niños diagnosticados de cáncer infantil en Castilla y León están incluidos en el Registro de Tumores Infantil.</p>	

PROYECTO	
6.1.4. Big Data, RWD y avance en la medicina predictiva en cáncer.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
6. Otras áreas soporte de valor.	6.1. SSII en el ámbito oncológico.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Avanzar en el abordaje de los modelos predictivos en el ámbito del cáncer. • Incorporar técnicas de análisis basadas en Big Data y Real World Data (RWD). 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
6.1.4.1. Impulso a proyectos pilotos que aseguren a futuro una incorporación progresiva de un modelo de medicina predictiva	
<p>I. Incorporación de herramientas de Data Mining que permitan la explotación de información relevante disponible, estructurada y no estructurada.</p> <p>II. Desarrollo de proyectos de innovación enmarcados en la medicina de precisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proyecto piloto de diseño de una herramienta que permita el análisis de escenarios para la orientación de nuevos entornos de investigación y creación de algoritmos capaces de establecer predicciones que identifiquen la aparición de posibles efectos secundarios en determinados tratamientos del cáncer, favoreciendo de este modo la toma de decisiones y los resultados en salud. <p>III. Participación en redes de colaboración a nivel nacional o internacional que tengan por objeto llevar a cabo proyectos de investigación en el marco del desarrollo de la medicina predictiva aplicada al cáncer.</p> <p>IV. Impulso, en el marco de la medicina personalizada de precisión en Cáncer, de nuevas soluciones diagnósticas y terapéuticas recogidas en la Estrategia Regional de Investigación e Innovación para una Especialización Inteligente, RIS3 2014-2020.</p> <p>V. Implantación de iniciativas de compra pública innovadora (CPI), así como promoción de proyectos de investigación en el marco de la colaboración público-privada para el desarrollo de la medicina predictiva en el ámbito oncológico.</p>	

PROYECTO	
6.1.5. Difusión e impulso de buenas prácticas en cáncer.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
6. Otras áreas soporte de valor.	6.1. SSII en el ámbito oncológico.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar el reconocimiento y difusión de buenas prácticas en los centros sanitarios. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>6.1.5.1. Identificación y puesta en valor de buenas prácticas desarrolladas en los centros sanitarios</p> <p>I. Elaboración y puesta en marcha de un procedimiento de identificación y recogida de experiencias y buenas prácticas en la comunidad.</p> <p>II. Desarrollo de reuniones periódicas interdisciplinarias de ámbito regional para el intercambio de experiencias y buenas prácticas, así como para la definición de estrategias conjuntas e impulso de iniciativas.</p> <p>III. Diseño y puesta en funcionamiento de un espacio en el Portal Salud que ponga a disposición de los profesionales las diferentes experiencias identificadas.</p>	

PROYECTO	
6.2.1. Impulso global a la investigación en adultos.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
6. Otras áreas soporte de valor.	6.2. Apoyar la investigación cooperativa y multidisciplinar en red.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar actividades de investigación clínica en el ámbito del cáncer en Castilla y León. • Favorecer el trabajo en red de los investigadores. • Asegurar el adecuado funcionamiento de la red regional de bancos de tumores. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>6.2.1.1. Apoyo a grupos de investigación de excelencia</p> <p>I. Elaboración de un plan de excelencia de la investigación clínica impulsado por el Servicio de Salud que tenga en consideración los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a los investigadores, favoreciendo la disponibilidad de tiempo para llevar a cabo actividades investigación (compatibilizar con la práctica clínica). • Disponibilidad de recursos apoyo a la investigación: <ul style="list-style-type: none"> o Soporte material y logístico. o Incorporación, en la medida de lo posible, de la figura de la data manager en aquellos centros que realizan actividades de investigación. o Disponibilidad de personal de enfermería, e implicación de la enfermería de Atención Primaria en las actividades de investigación. • Conocimiento de la actividad de investigación: disponer de una base de datos con la información básica de los ensayos clínicos existentes en la Comunidad. • Potenciación de grupos de trabajo intrahospitalarios para la investigación de las patologías más frecuentes y dentro de la Comunidad. • Establecer un procedimiento que facilite la accesibilidad de los pacientes a ensayos clínicos activos con independencia de su lugar de residencia, y siempre lo más próximos a ella que sea posible. • Fomento de la asistencia a congresos en los que se aporten comunicaciones científicas. • Promoción de la investigación sobre factores de riesgo prevenibles en Oncología y Hematología, como paso previo al desarrollo de futuros programas poblacionales/dirigidos de prevención primaria o secundaria. <p>6.2.1.2. Impulso de la investigación clínica</p> <p>I. Impulso de un modelo de investigación en red que favorezca el desarrollo de actividades de investigación epidemiológica, clínica y traslacional compartidas entre los diferentes centros, obteniendo sinergias derivadas del trabajo colaborativo, del uso de tecnología avanzada, entre otros, y mejorando la comunicación y la interoperabilidad de los sistemas para que ello sea posible.</p> <p>6.2.1.3. Plan de mejora del funcionamiento del Biobanco / Banco de tumores</p> <p>I. El plan tendrá en cuenta entre otros aspectos, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La ordenación del proceso de envío de muestras que favorezca la proactividad e iniciativa por parte de los profesionales clínicos. • La accesibilidad por parte de los profesionales clínicos a la información y a las muestras almacenadas en el biobanco. • El fomento del desarrollo de estudios y actividades de investigación por parte de los profesionales. 	

PROYECTO	
6.2.2. Red integrada de investigación entre las Unidades de Cáncer Infantil en Castilla y León.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
6. Otras áreas soporte de valor.	6.2. Apoyar la investigación cooperativa y multidisciplinar en red.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el desarrollo de ensayos clínicos en el ámbito del cáncer infantil. • Facilitar el acceso a medicamentos innovadores en fase de prueba a los pacientes pediátricos con cáncer en la Comunidad. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>6.2.2.1. Creación de una red de investigación en cáncer infantil que genere masa crítica suficiente para ser referente nacional y facilite el acceso precoz a nuevos tratamientos en la Comunidad</p> <p>I. Alianza estratégica entre las Unidades de Cáncer Infantil, que permita agregar el número de casos en la Comunidad y disponer del número mínimo necesario para optar al desarrollo de ensayos clínicos dentro de la Comunidad. Esta red se enmarca en el procedimiento común de derivación de pacientes a ensayos clínicos en oncología entre distintos centros del Servicio de Salud.</p> <p>II. Priorización de investigación clínica en: secuelas (neuropsicológicas, psicosociales, ...) y en investigación psicosocial (ej. área afectivo-sexual en adolescentes).</p> <p>III. Medios técnicos para el desarrollo del trabajo multicéntrico y de la colaboración en proyectos, que favorezcan la investigación clínica, básica y epidemiológica en oncología pediátrica entre las diferentes Unidades de Oncología y Oncohematología Pediátrica, mediante la participación en las redes temáticas de investigación del cáncer.</p>	

PROYECTO	
6.3.1. Plan de formación específico en atención al cáncer.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
6. Otras áreas soporte de valor.	6.3. Asegurar una adecuada formación y motivación de los profesionales.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la formación específica desde una perspectiva transversal y multidisciplinar. • Promover que los nuevos titulados universitarios en Ciencias de la Salud tengan conocimientos básicos de atención al paciente con cáncer. • Asegurar la incorporación en el Campus Virtual de cursos de e-learning de formación en el ámbito del cáncer, así como la disponibilidad de un fondo documental y de mecanismos de transferencia de conocimiento entre profesionales. 	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>6.3.1.1. Diseño y despliegue de acciones de formación continuada en el ámbito oncológico focalizadas en la colaboración interniveles y atención multidisciplinar del cáncer</p> <p>I. Establecimiento de un plan de formación de los profesionales, que contemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acciones de formación continuada, de carácter multidisciplinar, dirigida a todos los profesionales implicados en el proceso de atención del paciente. • La disponibilidad de tiempo por parte de los profesionales para asistir a las acciones formativas. • La libre elección de las acciones formativas, sin limitar la misma a un perfil. <p>II. Impulso de modelos de formación entre profesionales, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación en los centros de salud desde Atención Hospitalaria. Sesiones de formación conjunta entre AP y AH para favorecer tanto la mejora de la capacitación de los profesionales como el desarrollo de una red informal de contactos de referencia. Se considera la figura del especialista consultor, entre otras, en las siguientes especialidades: Oncología Médica y Hematología. • Formación a los profesionales previa a su incorporación a las unidades (tutelaje de las nuevas incorporaciones). • Protocolizar sesiones formativas de carácter interdisciplinar para favorecer la adopción de recomendaciones de no hacer por parte de los profesionales clínicos. <p>III. Establecimiento de acciones de formación continuada que garanticen la actualización del conocimiento y la capacitación de los profesionales de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ámbito de Atención Primaria: Formación específica para la resolución de problemas sencillos que puedan afectar al paciente oncológico pediátrico, favoreciendo así la especialización de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en población pediátrica evitando el circuito hospitalario. • Ámbito de Atención Hospitalaria y Atención Primaria: Formación entre otros aspectos en el manejo de PICC (catéteres centrales de inserción periférica) y en cuidados de enfermería hematológica a domicilio. • Ámbito de Atención Hospitalaria: Formación en el uso de tecnologías específicas de quirófano, los efectos adversos de quimioterapia y radioterapia, en cuidados paliativos, en enfermería hematológica (especialmente en Unidades de Hospitalización, Hospital de Día y consulta de trasplante) y formación específica para el Servicio de Farmacia (área de preparación). <p>IV. Plan de formación en prevención primaria y detección precoz del cáncer, que contemple las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección temprana de signos y síntomas de alarma de cáncer, tanto en adultos como especialmente en la población infantil y, síndromes genéticos con predisposición al cáncer. • Procedimiento y criterios de derivación a Unidades de Referencia de Cáncer Infantil ante predisposición del paciente pediátrico a padecer un cáncer. • Información/formación de los programas de cribado, y sensibilización de los profesionales de Atención Primaria en dichos programas. • Seguimiento de largos supervivientes. 	

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
<p>V. Formación en fase de tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación específica en gestión de emociones, situaciones terminales, etc., para acompañar al paciente y su familia evitando duelos cronificados. • Formación específica del personal de urgencias para la realización de pasos intermedios previos a la derivación a centro de referencia que ahorren tiempo y mejoren supervivencia del paciente. • Formación específica en el manejo adecuado de la analgesia y sedación. • Formación sobre distintos tratamientos, así como actualización de los protocolos de acuerdo con la evidencia científica actual. • Formación a los profesionales de Atención Primaria y de los Servicios de Urgencias en el manejo de las complicaciones del paciente oncológico (toxicidad de los tratamientos, efectos adversos...). • Formación en paciente geriátrico: identificación del paciente frágil y del paciente geriátrico / paliativo. • Reforzar la formación de médicos residentes en las técnicas de cirugía oncológica, especialmente en los procedimientos complejos • Formación específica en el ámbito de los cuidados paliativos pediátricos especialmente dirigida a los pediatras de Atención Primaria por su cercanía con los pacientes pediátricos y sus familias. • Desarrollo de un plan de formación orientado a los profesionales sanitarios en residencias sobre cuidados paliativos, para favorecer la atención y el fallecimiento del anciano en la residencia.
<p>6.3.1.2. Mejora de las competencias en la atención al paciente oncológico en los planes de estudio en Ciencias de la Salud</p> <p>I. Establecimiento de un acuerdo con las facultades de ciencias de la salud, especialmente con las de medicina y enfermería, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La introducción en los programas formativos de contenidos de habilidades de comunicación, así como de bioética. • La inclusión o incremento de los contenidos formativos en el ámbito de los cuidados paliativos en oncología.
<p>6.3.1.3. Aula virtual de apoyo e impulso a la formación en red en el ámbito oncológico</p> <p>I. Establecimiento de un espacio en el Campus Virtual para fomentar el aprendizaje en el ámbito oncológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de píldoras formativas. • Biblioteca Sanitaria on line de Castilla y León con noticias, artículos, y actualizaciones de interés para todos los profesionales. • Promoción de la comunicación y el intercambio de experiencias en Redes Sociales, tales como: Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn.

PROYECTO	
6.3.2. Adecuación de las competencias de los profesionales a las necesidades de las unidades de atención al cáncer.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
6. Otras áreas soporte de valor.	6.3. Asegurar una adecuada formación y motivación de los profesionales.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
• Asegurar que los profesionales de nueva incorporación reúnen los conocimientos y competencias necesarias para el desempeño de su puesto de trabajo.	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>6.3.2.1. Procedimiento de selección del personal que tenga en cuenta la experiencia y formación para la cobertura de puestos vinculados al ámbito oncológico</p> <p>I. Asegurar que los profesionales que realizan la cobertura de puestos o sustituciones disponen de la preparación adecuada, de tal forma que se tenga en cuenta la experiencia y formación en diferentes aspectos (paliativos, manejo y tratamiento de paciente oncológico, genetistas clínicos, determinadas especialidades de enfermería, etc.) para cubrir estos puestos, que en todo caso se hará siguiendo el procedimiento legalmente establecido.</p> <p>II. Rotación por las Unidades de Cuidados Paliativos: rotación preferente de los profesionales del EAP, así como de residentes.</p> <p>III. Protocolización del proceso de acogida e integración de nuevas incorporaciones de enfermería, contemplando su tutelaje por una enfermera senior para asegurar su capacitación en todo el proceso de cuidados y distintas rutinas administrativas de gran importancia para la continuidad de cuidados.</p>	
PROYECTO	
6.3.3. Plan reducción “burnout” para profesionales involucrados en la atención al cáncer.	
EJE ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA
6. Otras áreas soporte de valor.	6.3. Asegurar una adecuada formación y motivación de los profesionales.
OBJETIVOS DEL PROYECTO	
• Definir intervenciones específicas de atención que prevengan y traten el síndrome del “burnout” en los profesionales que prestan atención directa a los pacientes con cáncer.	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
<p>6.3.3.1. Diseño e implantación de acciones de prevención frente al “burnout” en el ámbito oncológico</p> <p>I. Diseño de un plan para prevenir el burnout en los profesionales implicados en la atención de los pacientes con cáncer, que contemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta anual de identificación del burnout a los profesionales sanitarios al objeto de identificarlo y analizar sus causas. • Protocolización del procedimiento de respuesta terapéutica y de actividades de prevención de acuerdo a los diferentes estadios de burnout. 	

SE HA DEFINIDO UN MODELO DE EVALUACIÓN QUE PERMITE VALORAR EL IMPACTO EN EL SISTEMA, ATENDIENDO TANTO A LOS PACIENTES Y FAMILIARES, COMO A LOS PROFESIONALES Y LA PROPIA ORGANIZACIÓN.

MODELO DE IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA 6

La estrategia incorpora la definición de un modelo de implantación, seguimiento y evaluación, que tiene como finalidad asegurar el correcto despliegue de los diferentes proyectos, así como velar por el cumplimiento de los objetivos propuestos y facilitar la interrelación entre los diferentes agentes involucrados en su desarrollo. Igualmente, se pretende favorecer la adopción de una cultura de evaluación de resultados y mejora continua.

Este modelo consta de dos elementos:

1. Una estructura organizativa basada en diferentes niveles de implicación que asegure la adecuada implantación de la estrategia.
2. Un mecanismo de evaluación que contemple un cuadro de mando con indicadores clave, que sirva como herramienta de apoyo al seguimiento y valoración de la estrategia.

6.1 MODELO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

La estructura organizativa diseñada para el control y el seguimiento de la estrategia consta de tres niveles de actuación:

- **Comité de Dirección:** es un órgano que lidera la implantación de la estrategia, llevando a cabo la toma de decisiones a alto nivel, así como la supervisión última del cumplimiento de los objetivos específicos que se pretenden alcanzar. El Comité de Dirección estará integrado por profesionales pertenecientes a los servicios centrales de la Consejería de Sanidad considerados clave para el éxito del desarrollo de la estrategia. En este sentido, formarán parte de él, responsables de la Dirección General de Asis-

tencia Sanitaria, la Dirección General de Salud Pública, la Dirección General de Innovación y Resultados en Salud, la Dirección General de Infraestructuras y Tecnologías de la Información y la Dirección General de Profesionales, así como de la propia Gerencia Regional de Salud.

Entre las funciones que tiene encomendadas el comité figuran las siguientes:

- Supervisar el grado de avance en el despliegue estratégico, así como el cumplimiento de los objetivos específicos.

- Analizar las posibles desviaciones o incidencias que no puedan ser resueltas en niveles inferiores, y aprobar en su caso, las correspondientes medidas correctoras.

- Valorar, validar e incorporar aquellas acciones que adicionalmente se consideren necesarias para fortalecer los objetivos y principios inspiradores de la estrategia, a propuesta de algún miembro del comité o bien de los propios coordinadores de los proyectos, que la trasladen al comité a través del responsable de la estrategia.

• **Responsable de la estrategia:** se asignará una persona responsable de la estrategia, que actuará como dinamizadora global del desarrollo de los proyectos y actividades, realizando el seguimiento de los principales hitos en el despliegue de la estrategia, así como coordinando a los diferentes responsables y actuando como agente facilitador en todo momento.

El responsable de la estrategia formará parte del Comité de Dirección, y asumirá entre otras las siguientes funciones:

- Coordinar la ejecución de los proyectos y las diferentes actividades en cada línea estratégica, asegurando la implicación de todos los agentes necesarios, favoreciendo la comunicación y colaboración entre ellos, así como la correcta ejecución de acuerdo a los compromisos adquiridos.

- Elevar al Comité de Dirección las posibles incidencias que puedan surgir en el despliegue de la estrategia, y que no puedan ser solventadas por los coordinadores de proyectos.

• **Coordinadores de proyecto:** serán quienes garanticen la ejecución correcta de cada uno de los proyectos, identificando de forma temprana, posibles riesgos o incidencias, que puedan condicionar el cumplimiento de la planificación establecida, definiendo las actuaciones correctoras, si fuera posible, y comunicando cualquier impacto generado en la programación de actuaciones al responsable de la estrategia. En el caso de que un coordinador no pueda resolver una determinada incidencia, comunicará la misma al responsable de la estrategia, para que éste la eleve al Comité de Dirección, para su resolución en este nivel. En cualquier caso, los coordinadores de proyectos podrán ser invitados a participar en el Comité de Dirección, cuando se estime necesario por alguno de sus miembros.



6.2 EVALUACIÓN: CUADRO DE MANDOS

Para favorecer el seguimiento de la estrategia, se ha definido un modelo de evaluación que permite valorar su impacto en el sistema, atendiendo tanto a los pacientes y familiares, como a los profesionales y la propia organización, así como valorar que los proyectos y actuaciones se están llevando a cabo de acuerdo con los objetivos planteados y a la planificación establecida.

Para ello, se ha elaborado un cuadro de mando que se incluye a continuación.

Ilustración 47 arriba. Estructura de control y seguimiento de ONcyI

Fuente: Elaboración propia.

Eje	Nº	Indicador	Fórmula	Fuente	Periodicidad
1. PREVENCIÓN PRIMARIA Y DETECCIÓN PRECOZ	1	Tiempo medio de obtención de resultados de los test genéticos.	Suma del tiempo de obtención de cada test / Nº de test totales realizados	DGSP	Anual
	2	Tasa de participación en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama.	$(\text{N}^\circ \text{ de mujeres participantes} / \text{N}^\circ \text{ de mujeres invitadas al programa}) \times 100$	DGSP	Anual
	3	Tasa de participación en el Programa de Prevención y Detección Precoz del Cáncer Colorrectal.	$(\text{N}^\circ \text{ de personas participantes} / \text{N}^\circ \text{ de personas invitadas al programa}) \times 100$	DGSP	Anual
	4	Tasa de participación en el Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero.	$(\text{N}^\circ \text{ de mujeres participantes} / \text{N}^\circ \text{ de mujeres invitadas al programa}) \times 100$	DGSP	Anual
2. ATENCIÓN AL CÁNCER EN ADULTO	5	Porcentaje de hospitales que disponen de unidades funcionales de cáncer específicas por tipología de cáncer (cáncer de mama, cáncer colorrectal, etc.).	$\text{N}^\circ \text{ de hospitales que disponen de unidad funcional por tipología de cáncer} / \text{N}^\circ \text{ de hospitales que atienden cada tipología de cáncer} \times 100$	DGAS	Anual
	6	Grado de participación de los profesionales en el comité de tumores.	$(\text{N}^\circ \text{ de profesionales que asisten al comité de tumores} / \text{N}^\circ \text{ de profesionales miembros del comité de tumores}) \times 100$	Actas o registro de las reuniones de los comités de tumores (DGAS)	Anual
	7	Porcentaje de pacientes oncológicos incluidos en el proceso asistencial de cuidados paliativos.	$(\text{N}^\circ \text{ pacientes oncológicos incluidos en el proceso} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes oncológicos a los que se les ha valorado la necesidad de Cuidados Paliativos (NECPAL)}) \times 100$	DGIRS	Anual
3. ATENCIÓN AL CÁNCER INFANTIL Y JUVENIL	8	Porcentaje de áreas de salud que han incorporado los criterios de derivación a las Unidades de Referencia de Cáncer Infantil en Castilla y León.	$(\text{N}^\circ \text{ de áreas de salud que han incorporado los criterios de derivación a las Unidades de Referencia de Cáncer Infantil} / \text{N}^\circ \text{ total de áreas de salud}) \times 100$	Registro Específico	Anual
4. TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DEL CÁNCER	9	Reducción del tiempo de inicio de la radioterapia en base a la gestión de la información procedente de cuadros de mando específicos.	Tiempo medio de espera entre la primera consulta de Oncología radioterápica y el inicio de la radioterapia	DGAS	Anual
	10	Evolución de la tasa de equipos de alta tecnología de Oncología Radioterápica por 1.000.000 de habitantes y por tipología de equipo.	$(\text{N}^\circ \text{ total de equipos de alta tecnología de Oncología Radioterápica según su tipología} / \text{Población total de Castilla y León}) \times 1.000.000$	Cuadro de mandos de la actividad de Oncología Radioterápica	Anual
5. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y HUMANIZACIÓN	11	Número de pacientes con cáncer que participan en el programa de paciente activo.	Suma del nº de pacientes con cáncer que participan en el programa de paciente activo	Servicio de Equipamiento Clínico y Alta Tecnología (DGITI)	Anual
	12	Nº de órganos de participación y asesoramiento de los que forman parte las asociaciones de pacientes en la GRS	Suma del nº de órganos de participación y asesoramiento de los que forman parte las asociaciones de pacientes en la GRS	Servicio de Planificación Sanitaria (DGIRS)	Anual

Eje	Nº	Indicador	Fórmula	Fuente	Periodicidad
6. OTRAS ÁREAS SOPORTE DE VALOR	13	Porcentaje de casos en el Registro de Tumores que cumplen con los criterios de calidad.	$(\text{N}^\circ \text{ total de casos correctamente registrados en el Registro de Tumores} / \text{N}^\circ \text{ total de casos registrados en el Registro de Tumores}) \times 100$	DGSP	Anual
	14	Porcentaje de hospitales que envía la información al Registro en el tiempo establecido.	$(\text{N}^\circ \text{ de hospitales que envía la información al Registro de Tumores en el tiempo establecido} / \text{N}^\circ \text{ de hospitales que envía información al Registro de Tumores}) \times 100$	DGSP	Anual
	15	Nº de proyectos de investigación desarrollados en el ámbito del cáncer.	Suma del número de proyectos de investigación desarrollados en el ámbito del cáncer	Servicio de Investigación e Innovación (DGIRS)	Anual
	16	Nº de EECC desarrollados en el ámbito del cáncer infantil y de adultos.	Suma del número de EECC desarrollados en el ámbito del cáncer infantil y de adultos	Servicio de Investigación e Innovación (DGIRS)	Anual
	17	Número de profesionales formados en la identificación y manejo de los efectos tardíos de los tratamientos.	Suma del nº de profesionales formados en la identificación y manejo de los efectos tardíos de los tratamientos	Servicio de Formación (DGP)	Anual
	18	Porcentaje de profesionales que participa en las acciones de prevención frente al burnout (síndrome del trabajador quemado).	$(\text{Suma del nº de profesionales que participa en las acciones de prevención frente al burnout} / \text{Suma del nº de profesionales totales}) \times 100$	Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo (DGP)	Anual

Notas:

- DGSP: Dirección General de Salud Pública.
- DGAS: Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- DGIRS: Dirección General de Innovación y Resultados en Salud.
- DGITI: Dirección General de Infraestructuras y Tecnologías de la Información.
- DGP: Dirección General de Profesionales.

SE HAN LLEVADO A CABO 7 GRUPOS DE TRABAJO ESPECIALIZADOS EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS ASISTENCIALES: ONCOLOGÍA MÉDICA, ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA, ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA, HEMATOLOGÍA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, CUIDADOS PALIATIVOS, Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y HUMANIZACIÓN.

ANEXOS 7

7.1 BASES METODOLÓGICAS PARA LA DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA

El Servicio de Salud de Castilla y León junto con una selección de integrantes del Servicio de Salud han impulsado y desarrollado la Estrategia de Atención al Paciente Oncológico de Castilla y León. Metodológicamente se han seguido tres fases para su desarrollo:

- Primero se llevó a cabo un análisis de la situación actual de la atención oncológica en Castilla y León identificando el impacto actual y futuro de esta enfermedad, analizando el marco actual organizativo, de prevención, asistencial y de recursos en la atención oncológica. Adicionalmente, dentro de este primer paso, se entrevistaron tanto a profesionales de Sacyl, como a representantes de asociaciones de pacientes con el objetivo de conocer los puntos de vista de los usuarios directos del proceso de atención al paciente oncológico. En total se realizaron 17 entrevistas.
- En la segunda parte del proyecto, centrada en identificar las oportunidades de mejora del modelo actual, se han llevado a cabo 7 grupos de trabajo especializados en los diferentes ámbitos asistenciales (Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Onco-

logía Pediátrica, Hematología, Cirugía Oncológica, Cuidados Paliativos y Participación ciudadana y humanización) para obtener un “pool” de áreas de mejora y retos que Sacyl podría acometer.

- Las medidas resultantes, fruto del trabajo de los grupos, se discutieron y evaluaron en una tercera fase. Esta etapa comprendió la realización de 2 talleres de definición estratégica, en las que participaron profesionales de los servicios centrales de la Consejería de Sanidad y del Servicio de Salud de Castilla y León. El objeto fue el desarrollo del marco estratégico, definiéndose los ejes y líneas estratégicas, los proyectos y actividades a llevar a cabo en el período de vigencia de la Estrategia.

En total, en el proceso de elaboración de la Estrategia han participado alrededor de 100 profesionales, tanto perfiles directivos y técnicos de Sacyl y la Consejería de Sanidad, como de los diferentes campos asistenciales que desarrollan su práctica diaria en el entorno del cuidado del paciente oncológico.

GRUPOS DE TRABAJO DE ANÁLISIS Y DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA

Fase I
Entrevistas a
profesionales

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN AL CÁNCER EN CASTILLA Y LEÓN

Fase II
Grupos de
trabajo

ONCOLOGÍA MÉDICA

ONCOLOGÍA
ADIOTERÁPICA

HEMATOLOGÍA

ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

PARTICIPACIÓN
CIUDADANÍA Y
HUMANIZACIÓN

CIRUGÍA ONCOLÓGICA

CUIDADOS PALIATIVOS

Fase III
Grupo
estratégico

DEFINICIÓN DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN DE LA
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO

Ilustración 48 arriba.
Estructura de participación
de la definición estratégica

Fuente: Elaboración propia.

El enfoque metodológico utilizado para el desarrollo de los grupos de trabajo ha sido:

Fase I. Análisis de la situación actual y a futuro del impacto del cáncer en la región y de los recursos de Sacyl en el plano asistencial y organizativo

Se llevó a cabo un análisis exhaustivo sobre los recursos sanitarios de los que el Servicio de Salud de Castilla y León dispone para la asistencia a los pacientes oncológicos, analizando también su histórico de actividad y teniendo en cuenta la situación demográfica y la distribución de la población de Castilla y León. Los ejes de estudio para el análisis fueron:

- **Estructura de la población.** Análisis de la estructura, organización y evolución de la población de Castilla y León.

- **Factores determinantes de la salud.** Revisión del impacto de los factores de riesgo del cáncer en los hábitos de la población de Castilla y León.

- **Detección precoz.** Estudio de los programas de detección precoz activos en la región evaluando su impacto y cobertura.

- **Impacto del cáncer.** Análisis de las variables de incidencia, mortalidad y supervivencia del cáncer en la población de Castilla y León comparándola con el total nacional.

- **Organización de los recursos sanitarios de atención.** Conocimiento de los recursos sanitarios disponibles en la región para la atención del paciente oncológico.

- **Actividad sanitaria vinculada a la atención al cáncer.** Revisión de índices de práctica asistencial en los centros adscritos al Servicio de Salud de Castilla y León.

- **Formación y docencia.** Evaluación de la oferta formativa de los profesionales de Sacyl.

- **Investigación.** Revisión de la situación actual de los programas de ensayos clínicos en materia de cáncer en los que participan los centros de la región.

- **Sistemas de información.** Evaluación del nivel desarrollo de los registros de cáncer tanto infantil como en adultos.

Como parte del análisis de situación también se entrevistaron a 17 profesionales para conocer las demandas, aportaciones y ámbitos de mejora que los profesionales y pacientes vinculados al ámbito oncológico identifican en el día a día. Los perfiles elegidos conforman una muestra representativa del grupo multidisciplinar de profesionales (oncólogos médicos y radioterápicos, hematólogos, pediatras, farmacéuticos, enfermeros, etc.) y representantes de asociaciones de pacientes.

Fase II. Grupos de trabajo para la identificación de oportunidades de mejora del modelo actual

Estos grupos de trabajo con profesionales sanitarios se han realizado con el objeto de profundizar en los retos derivados de la situación actual de la atención al paciente oncológico en la región y definir propuestas de mejora que permitan abordar las necesidades de atención al mismo. Para ello, se conformaron los siguientes grupos de trabajo: **Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Oncología Pediátrica, Hematología, Cirugía Oncológica, Cuidados Paliativos y Participación Ciudadana y Humanización.**

Cabe destacar que para los grupos de Oncología Radioterápica y Cuidados Paliativos se han utilizado como base los documentos generados por Sacyl y sus profesionales en estas dos áreas de especialidad. En particular, para Oncología Radioterápica se empleó el "Documento de consenso para la optimización y mejora de la Oncología Radioterápica en la Comunidad de Castilla y León", mientras que para el grupo de Cuidados Paliativos se siguió el "Plan de Cuidados Paliativos y Proceso Asistencial Integrado de la Comunidad de Castilla y León".

Para todos los grupos se ha llevado a cabo una sesión de trabajo, con excepción de los grupos de Oncología Médica y Oncología Pediátrica en los que se ha realizado dos sesiones. En las sesiones de trabajo se ha seguido los siguientes pasos:

- Reflexión, identificación y recopilación por parte de los grupos de trabajo de las áreas de mejora e iniciativas de interés dentro del contexto y foco de cada grupo.
- Consolidación y estructuración de las iniciativas recabadas por parte del equipo de trabajo de la Estrategia de atención al paciente oncológico.
- Revisión y validación de las medidas planteadas de acuerdo con el alcance y el foco de cada grupo de trabajo.

Fase III. Talleres estratégicos y grupo director para la validación y definición global de la estrategia

Para la definición de la estrategia se llevaron a cabo dos talleres con los profesionales de los servicios centrales de la Consejería de Sanidad y del Servicio de Salud de Castilla y León. De esta forma, inicialmente en una primera reunión se definieron los ejes y las líneas estratégicas, y en una segunda los proyectos y actividades.

El marco de desarrollo estratégico de ONcyl contempla:

- Bases de la estrategia:
 - Objetivo general
 - Objetivos específicos
 - Principios inspiradores
- Desarrollo estratégico:
 - Ejes estratégicos
 - Líneas estratégicas
 - Proyectos y actividades

Tras la definición del marco estratégico de acuerdo a los talleres estratégicos y grupos de trabajo con los profesionales, se llevó a cabo un proceso de revisión y consolidación de los resultados por parte de del grupo director de la estrategia con el objetivo de:

- Revisar y validar las medidas generadas por los grupos de trabajo.
- Generar ideas adicionales y aportar nuevos aspectos al desarrollo de la Estrategia.
- Asegurar la correcta orientación de la estrategia, verificando su adaptación a la problemática del paciente oncológico de Castilla y León.

7.2 ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

Acrónimo	Descripción
AECC	Asociación Española Contra el Cáncer
AECOSAN	Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición
AH	Atención Hospitalaria
AMPAS	Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos
AP	Atención Primaria
APBI	Accelerated Partial Breast Irradiation
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos
ASEDAT	Aplicación de Selección y Extracción de Datos Tumorales
BCOP	Board Certified Oncology Pharmacist
BEOcYL	Biobanco en Red de Enfermedades Oncológicas de Castilla y León
BPS	Board of Pharmaceutical Specialties
CASO	Complejo Asistencial de Soria
CAU	Complejo Asistencial Universitario
CAUBU	Complejo Asistencial Universitario de Burgos
CAULE	Complejo Asistencial Universitario de León
CAUPA	Complejo Asistencial Universitario de Palencia
CAUSA	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
CAZA	Complejo Asistencial de Zamora
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CCR	Cáncer Colorrectal
CCU – SACYL	Centro Coordinador de Urgencias
CIC	Centro de Investigación del Cáncer
CM	Cáncer de Mama
CPI	Compra Pública Innovadora
DAFO	Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades
DNA	Ácido desoxirribonucleico
EAP	Equipo de Atención Primaria
EAPS	Equipos de Atención Psicosocial
EBV	Virus de Epstein-Bar

EECC	Ensayos Clínicos
ESDCP	Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos
ESTRO/HERO	Proyecto Internacional Oncología Radioterápica
EUROCARE – 5	European Cancer Registry
GRS	Gerencia Regional de Salud
HAB/KM2	Habitantes por kilómetro cuadrado
HADO	Equipos de Hospitalización a Domicilio
HBZO	Hospital El Bierzo
HBV	Virus hepatitis B
HCE	Historia clínica electrónica
HCUV	Hospital Clínico Universitario de Valladolid
HCV	Virus hepatitis C
HEMS	Helicópteros Sanitarios
HHV-8	Human herpesvirus 8
HTLV-1	Virus Linfotrópico de células T- humanas
HU	Hospital Universitario
HURH	Hospital Universitario Río Hortega
I+D+i	Investigación, desarrollo e innovación
IARC	International Agency for Research on Cancer
IBGM	Instituto de Biología y Genética Molecular
IBSAL	Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca
IDC-Pal	Indicador de Complejidad de Cuidados Paliativos
IMRT	Radioterapia de Intensidad Modulada
INE	Instituto Nacional de Estadística
KM2	Kilómetro cuadrado
LMA	Leucemia Mieloide Aguda
MIR	Médico interno residente
NAOS	Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad
Nº	Número
Nº / PAC	Número por pacientes
NIH	National Institutes of Health
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud

p.p.	Puntos porcentuales
PAC	Punto de Atención Continuada
PET	Tomografía por Emisión de Positrones
PDQ	Physician Data Query
PICC	Catéteres centrales de inserción periférica
QT / HT	Quimioterapia / Hemoterapia
RCX	Radiocirugía Intracraneal
RECA	Registro de Cáncer Poblacional de Castilla y León
REDECAN	Red Española de Registros de Cáncer
RHT	Registros Hospitalarios de Tumores
RIO	Radioterapia intraoperatoria
RIS 3	Estrategia Regional de Investigación e Innovación para una Especialización Inteligente
RMN / TC	Resonancia Magnética / Tomografía Computarizada
RNA	Ácido Ribonucleico
RPTICYL	Registro Poblacional de Tumores Infantiles de Castilla y León
RTE	Radioterapia Estereotáxica
RTEF	Radioterapia Estereotáxica Fraccionada
RTEFC	Radioterapia estereotáxica fraccionada craneal
RWD	Real World Data
SACYL	Servicio de Salud de Castilla y León
SBRT	Radioterapia Estereotáxica Fraccionada Corporal
SEHH	Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia
SEHOP	Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
SEOR	Sociedad Española de Oncología Radioterápica
SNC	Sistema Nervioso Central
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPECT	Tomografía por Emisión de Fotonos
SSII	Sistemas de información
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TMO	Trasplante de Médula Ósea
TSOH	Test de Sangre Oculta en Heces
UCA	Unidad de Continuidad Asistencial

UCGC	Unidad de Consejo Genético de Cáncer
UDR	Unidad de Diagnóstico Rápido
UE	Unión Europea
UHCP	Unidades Hospitalarias de Cuidados Paliativos
UMES	Unidades Medicalizadas de Emergencias
USA	United States of America
USVB	Unidad de Soporte Vital Básico
UTD	Unidad de Tratamiento del Dolor
VPH	Virus del papiloma humano
WCRF	World Cancer Research Fund
ZBS	Zona Básica de Salud

7.3 ÍNDICE DE FIGURAS

7.3.1 ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Estructura de la Estrategia de Atención al Paciente Oncológico de Castilla y León	16
Ilustración 2. Orientación de las Estrategias regionales de salud y programas sanitarios especiales	20
Ilustración 3. Líneas estratégicas de la Estrategia en Cáncer del SNS (Actualización 2009)	21
Ilustración 4. Pirámide poblacional de Castilla y León y España. Año 2017	28
Ilustración 5. Evolución y proyecciones a 10 años del índice de envejecimiento en Castilla y León y España. Años 2007/2027	29
Ilustración 6. Densidad poblacional en las provincias de Castilla y León. Año 2017	30
Ilustración 7. Dispersión poblacional en Castilla y León. Año 2017	31
Ilustración 8. Esperanza de vida al nacer por CC.AA., según sexo. Año 2016	32
Ilustración 9. Esperanza de vida a los 65 años por CC.AA., según sexo. Año 2016	33
Ilustración 10. Distribución muertes por cáncer por grupos de edad, en España y Castilla y León. Año 2016	34
Ilustración 11. Factores de riesgo asociados algunos tipos de cáncer	36
Ilustración 12. Objetivos generales del VII Plan Regional Sobre Drogas 2017/2021	38
Ilustración 13. Consumo de bebidas alcohólicas en los hogares de Castilla y León. Años 2008 y 2015	39
Ilustración 14. Porcentaje de población obesa en Castilla y León. Años 2012 y 2014	41
Ilustración 15. Evolución temporal del número de citologías y porcentaje de positivos en Castilla y León. Años 2006-2016	45
Ilustración 16. Evolución temporal del número de cribados de VPH y porcentaje de positivos de alto riesgo oncogénico. Años 2008-2016	46
Ilustración 17. Distribución del número de defunciones en Castilla y León (en %) por grupos de edad, destacando las 10 causas más frecuentes de mortalidad. Hombres. Año 2016	52
Ilustración 18. Distribución del número de defunciones en Castilla y León (en %) por grupos de edad, destacando las 10 causas más frecuentes de mortalidad. Mujeres. Año 2016	53
Ilustración 19. Evolución de los 6 principales tumores causantes de mortalidad en el año 2016 en hombres en Castilla y León. Años 2003/2016	54
Ilustración 20. Evolución de los 6 principales tumores causantes de mortalidad en el año 2016 en mujeres en Castilla y León. Años 2003/2016	54
Ilustración 21. Distribución de los años potenciales de vida perdidos según causa de muerte en Castilla y León. Año 2016	56
Ilustración 22. Número medio de años potenciales de vida perdidos debido a los tumores, España y Castilla y León. Año 2016	56
Ilustración 23. Distribución de costes indirectos del cáncer. Año 2009	62
Ilustración 24. Distribución de zonas básicas de salud por localización del área de salud. Año 2016	64
Ilustración 25. Proceso de atención al paciente oncológico	72
Ilustración 26. Evolución del número de consultas externas de Oncología Médica. Años 2015/2017	74
Ilustración 27. Índice de consultas sucesivas / primeras en Oncología Médica. Año 2017	75
Ilustración 28. Evolución del número de ingresos y estancia media en las Unidades de Hospitalización de Oncología Médica. Años 2015/2017	76

Ilustración 29. Número de puestos y número medio de tratamientos por puesto de H.D. Oncológico/hematológico. Años 2015/2017	77
Ilustración 30. Distribución del número de pacientes con tratamiento oncohematológico. Año 2017	78
Ilustración 31. Detalle del número de pacientes en tratamiento activo oncológico en los servicios de Farmacia de los hospitales en Castilla y León. Año 2017	79
Ilustración 32. Detalle del número de pacientes en tratamiento activo Hematológico en los servicios de Farmacia de los hospitales en Castilla y León. Año 2017	80
Ilustración 33. Evolución del nº de residentes en Oncología Médica en Castilla y León. Años 2013-2018	82
Ilustración 34. Evolución de las ediciones y plazas formativas. Años 2012/2017	83
Ilustración 35. Distribución del total de registros de tumores infantiles entre los centros asistenciales de Castilla y León en pacientes menores de 15 años residentes en Castilla y León. Años 2010/2016	87
Ilustración 36. Proceso de atención al cáncer OMS	90
Ilustración 37. Marco de desarrollo estratégico de ONCYL	107
Ilustración 38. Principios inspiradores de la estrategia	109
Ilustración 39. Estructura del marco de desarrollo estratégico	110
Ilustración 40. Ejes estratégicos de ONCYL	111
Ilustración 41. Líneas estratégicas del eje nº 1, prevención primaria y diagnóstico precoz	112
Ilustración 42. Líneas estratégicas del eje nº 2, atención al cáncer en adultos	113
Ilustración 43. Líneas estratégicas del eje nº 3, atención al cáncer infantil y juvenil	114
Ilustración 44. Líneas estratégicas del eje nº 4, tratamiento radioterápico del cáncer	115
Ilustración 45. Líneas estratégicas del eje nº 5, participación ciudadana y humanización	116
Ilustración 46. Líneas estratégicas del eje nº 6, otras áreas soporte de valor	118
Ilustración 47. Estructura de control y seguimiento de ONCYL	161
Ilustración 48. Estructura de participación de la definición estratégica	168

7.3.2 ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales virus oncogénicos	43
Tabla 2. Número de mamografías realizadas y mamografías sospechosas positivas. Año 2016	47
Tabla 3. Resultados provisionales del Programa de Prevención y Detección Precoz del Cáncer Colorrectal, por provincias. Personas con edad de 55 a 69 años. Año 2016	48
Tabla 4. Distribución de casos por tipo tumoral y sexo. Año 2014	49
Tabla 5. Incidencia de cáncer infantil en Castilla y León. Años 2003/2014	50
Tabla 6. Incidencia de cáncer infantil en otras comunidades que contaban con un registro de los casos anterior a Castilla y León. Años 2000/2014	50
Tabla 7. Número y distribución de las defunciones por causa de muerte en España y Castilla y León. Año 2016.	51
Tabla 8. Mortalidad en Castilla y León y España por localización tumoral. Top 5 mortalidad de tumores en hombres y mujeres. Tasas de mortalidad ajustadas a la población europea. Año 2015	55
Tabla 9. Tasas de supervivencia de cáncer a 5 años, ajustada por edad, en España por tipo de cáncer y periodo 2000-2007 (EUROCORE-5). Hombres y Mujeres.	59
Tabla 10. Trasplantes vinculados a tratamiento oncológico desarrolladas por los centros hospitalarios de Castilla y León	68
Tabla 11. Áreas de actividad de las Unidades de Tratamiento del Dolor	69
Tabla 12. Evolución del número de pacientes en tratamiento activo Oncohematológico en los servicios de Farmacia de los hospitales en Castilla y León. Años 2016/2017	78
Tabla 13. Evolución de la oferta de plazas MIR para Oncología Médica en Castilla y León. Años 2013/2018	81
Tabla 14. MIR para Oncología Médica en Castilla y León. Años 2017/2018	81
Tabla 15. Oferta de plazas MIR para Oncología Radioterápica en Castilla y León. Años 2017/2018	82

BIBLIOGRAFÍA 8

- [1] INE, «Estadística de defunciones según la causa de muerte,» 2016.
- [2] Registro Español de Tumores Infantiles RETI-SEHOP, «SEHOP,» Octubre 2014. [En línea]. Available: <https://www.uv.es/rnti/pdfs/B1.05-Texto.pdf>.
- [3] INE, «Estadística del Padrón Continuo,» 2017.
- [4] Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), «Las Cifras del Cáncer en España 2018,» 2018.
- [5] Asociación Española Contra el Cáncer, «Observatorio del cáncer,» 2017.
- [6] OMS, «Organización Mundial de la Salud: Prevención del cáncer,» [En línea]. Available: <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>. [Último acceso: 2018].
- [7] «Código Europeo Contra el Cáncer,» Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, Organización Mundial de la Salud, [En línea]. Available: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/>. [Último acceso: 2018].
- [8] Ministerio de Sanidad y Consumo, «La situación del Cáncer en España,» 2005.
- [9] Rehm J, «Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies,» 2012.
- [10] Taylor B, et al, «The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. Drug Alcohol Depend,» 2010.
- [11] Sarasa-Renedo A, «Health and social harm related alcohol,» 2014.
- [12] Madlen Schütze, PhD, Heiner Boeing, Tobias Pischon, Jürgen Rehm, Tara Kehoe, statistician, Gerrit Gmel, Anja Olsen, Anne M Tjønneland, Christina C Dahm, Kim Overvad et al., «Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study,» British Medical Journal, 2011.
- [13] Kogevinas M, «Cáncer laboral en España,» 2005.
- [14] Pascasio JM, Vinaixa C, Ferrer MT, Colmenero J, Rubin A, Castells L, Manzano ML, Lorente S, Testi Ilano M, Xiol X, Molina E, González-Diéguez L, Otón E, Pascual S, Santos B, Herrero JI, Salcedo M, Montero JL, Sánchez-Antolín G, Narváez I, Noguerras F y otros, «Clinical outcomes of patients under going antiviral therapy while awaiting liver transplantation,» Journal of Hepatology, 2017.
- [15] Crespo G, Trota N, Londoño MC, Mauro E, Baliellas C, Castells L, Castellote J, Tort J, Fornas X, Navasa M., «The efficacy of direct anti-HCV drugs improves early post-liver transplant survival and induces significant changes in waiting list composition,» Journal of Hepatology, 2018.
- [16] Reddy KR, Bourliere M, Agarwal K, Lawitz E, Osinusi A, Kersey K et al, «Sustained viral response following treatment with direct-acting antiviral agents for chronic hepatitis C and the risk of hepatocellular carcinoma,» Journal of Hepatology, 2017.
- [17] Reig M, Marino Z, Perello C, Inarrairaegui M, Ribeiro A, Lens S et al, «Unexpected high rate of early tumor recurrence in patients with HCV-related HCC undergoing interferon-free therapy,» Journal of Hepatology, 2016.
- [18] López-Abente G, Núñez O, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollán M, «La situación del cáncer en España. Informe 2015: Instituto de Salud Carlos III,» 2015.
- [19] Cabrera A, Ferraz R, «Impacto del cáncer en la dinámica familiar,» 2011.
- [20] Trill D, «Impacto psicosocial del cáncer,» 2006.
- [21] Asociación Española Contra el Cáncer, «Informes internos de la Asociación,» 2015.
- [22] Dr. Xavier Badia, Marina Tort, et al., «La carga del cáncer en España,» OMAKASE consulting, 2018.

- [23] Gol Montserrat J, García López JL, E. del Llano Señarís J, Martín del Burgo M, «Análisis de los costes indirectos: el caso del cáncer,» 2009.
- [24] OECD Health policy Studies, «Cancer care: Assuring Quality to improve survival,» 2013.
- [25] INE, «Proyección de la Población de España 2014–2064,» 2014.
- [26] SEOM - Sociedad Española de Oncología Médica, «Las cifras del Cáncer en España 2017,» 2017.
- [27] INE, «Fallecidos por cáncer en España- Infografía,» 2017.
- [28] Junta de Castilla y León, «Datos estadísticos de censo en la Comunidad de Castilla y León,» 2017.
- [29] INE, «Estadísticas del Movimiento Natural de la Población,» 2015.
- [30] INE, «La Salud y sus riesgos,» 2009.
- [31] Junta de Castilla y León, «Estudio de Alimentación y Nutrición de Castilla y León,» 2008.
- [32] Cancer Review, «Impact Factor: 6.072,» Cancer Review, p. 34/217, 2016.
- [33] NIH- Instituto Nacional del Cáncer. USA, Diccionario de cáncer.
- [34] REDECAN, «Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012,» 2012.
- [35] Bethesda, National Cancer Institute, «PDQ sobre los cuidados médicos de apoyo y los cuidados paliativos. PDQ Adaptación al cáncer,» 2015.
- [36] Delgado-Enciso I, «Viruses: An important cause of human cancer,» 2004.
- [37] Oliva J, «Pérdidas de producción laboral ocasionadas por los fallecimientos prematuros en España en el año 2005,» 2009.
- [38] Pesquera PB, «La incidencia de la dispersión de la población en el coste de los servicios sanitarios en las comunidades autónomas españolas,» 2008.
- [39] Sociedad Europea de Oncología Radioterápica, «Health Economics in Radiation Oncology: Introducing the ESTRO HERO project,» 2012.
- [40] Sacyl, «Documento de Consenso para la Optimización y Mejora de la Oncología Radioterápica en la Comunidad de Castilla y León,» 2016.
- [41] Sacyl, «Planificación de la Radioterapia en Castilla y León,» 2016.
- [42] SEOR, «Libro Blanco SEOR XXI,» 2010.
- [43] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad,» 2013.
- [44] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud,» 2010.
- [45] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud,» 2007.
- [46] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos,» 2008.
- [47] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Unidad de cuidados paliativos,» 2009.
- [48] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud,» 2011.
- [49] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención,» 2014.
- [50] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS,» 2014.

- [51] Sacyl, «Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León,» 2017.
- [52] Sacyl, «Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos de Castilla y León,» 2017.
- [53] Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, «Libro Blanco de la Hematología y Hemoterapia en España,» 2012.
- [54] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad,» 2013.
- [55] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Hacia la concentración de la cirugía oncológica digestiva: Cambios en la actividad, las técnicas y los resultados,» 2015.
- [56] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Vía clínica de la recuperación intensificada en cirugía abdominal,» 2018.
- [57] Unicef, «La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia - IHAN,» 2011.
- [58] Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, «Plan Dignifica,» 2017.
- [59] Junta de Extremadura, «Plan de humanización de la atención sanitaria,» 2007.
- [60] Comunidad de Madrid, «Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria,» 2016.
- [61] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Evaluación de la práctica asistencial oncológica. Informe ejecutivo,» 2013.
- [62] SEOM - Sociedad Española de Oncología Médica, «Plan de futuro de la Oncología Médica,» 2017.
- [63] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Unidades asistenciales del cáncer en la infancia y adolescencia,» 2015.
- [64] GELTAMO - Grupo Español de Linfomas y Trasplante Autólogo de Medula Osea, «Diagnóstico, prevención y manejo terapéutico de la afectación del sistema nervioso central en pacientes con linfoma B difuso de célula grande,» 2015.
- [65] GELTAMO - Grupo Español de Linfomas y Trasplante Autólogo de Medula Osea, «Guía Terapéutica para el diagnóstico y manejo del Linfoma de la Zona Marginal Esplénica,» 2014.
- [66] GELTAMO - Grupo Español de Linfomas y Trasplante Autólogo de Medula Osea, «Tratamiento del linfoma B difuso de célula grande,» 2017.
- [67] GELTAMO - Grupo Español de Linfomas y Trasplante Autólogo de Medula Osea, «Tratamiento del linfoma cerebral primario en pacientes sin inmunodeficiencia. Guía clínica asistencial,» 2014.
- [68] INE, «Defunciones por causa de muerte 2013,» 2015.
- [69] INE, «Encuesta Europea de Salud,» 2014 y 2012.



AGRADECIMIENTOS 9

Para llevar a cabo la elaboración de la Estrategia de Atención al Paciente Oncológico de Castilla y León han colaborado un gran número de profesionales de distintos perfiles y diferentes ámbitos del Sistema Sanitario, además de las asociaciones de pacientes, como la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y la Asociación de Padres, Familiares y Amigos de Niños Oncológicos de Castilla y León (PYFANO). Sin su esfuerzo e implicación no hubiera sido posible convertir la presente Estrategia en una realidad; a través de su compromiso se logrará una transformación de eficaz del Sistema de Salud de la Comunidad de Castilla y León.

A modo de reconocimiento, se presentan los nombres de todos los profesionales implicados en las diferentes fases del proyecto, los cuales, han facilitado la definición de la Estrategia a través de sus aportaciones y su conocimiento:

ABELARDO BÁREZ GARCÍA
 ALBERTO CASTELLANOS ASENJO
 ALEJANDRO GARCÍA VARONA
 ALEJANDRO MARTÍN GARCÍA-SANCHO
 ALFONSO MONTERO MORENO
 ÁLVARO LAFUENTE RINCÓN
 ÁLVARO SANZ RUBIALES
 AMPARO SALVADOR PALACIOS
 ANA M^a VEGAS ÁLVAREZ
 ANA SANJOSÉ RODRÍGUEZ
 ANDRÉS GARCÍA PALOMO
 ÁNGELA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
 ANGÉLICA MUÑOZ PASCUAL
 ANTONIO MARÍA SÁEZ AGUADO
 ARACELI CUBILLO CALZADA
 ARACELI LÓPEZ SÁEZ
 ASUNCIÓN HERRERO MARTÍN
 BEATRIZ CASTAÑO RODRÍGUEZ
 BEGOÑA ESCUDERO DE LEÓN
 BELÉN CALABOZO FREILE
 CARMEN HERNÁNDEZ PALACIOS
 CARMEN PACHECO MARTINEZ
 CELIA GUTIÉRREZ ALONSO
 CLARA M^a CABREJAS SANZ
 CONCEPCIÓN GARCÍA DE SANTOS
 CONCEPCIÓN VELASCO VELADO
 CYNTHIA CASTILLA MARCOS
 DANIEL MARTÍNEZ GAMOTE
 DIANA SÁNCHEZ CASTILLO
 DIEGO SOTO DE PRADO
 ELENA GONZÁLEZ AVEDILLO
 ELVIRA HERNÁNDEZ BULLÓN
 EMILIO JULIO GARCÍA ORTEGA
 ENRIQUE DE SENA ESPINEL
 ENRIQUE PLAZA FERNANDEZ-VILLA
 ESTHER ARRANZ RAMÍREZ
 EULALIA FRADEJAS BARRIOS
 EVA M^a SOTELO MARTIN
 FELIPE RUBIO RODRÍGUEZ
 FERNANDO ESCALANTE BARRIGÓN
 FLOR DE CASTRO RODRÍGUEZ
 FRANCISCO JAVIER DE CASTRO GARCÍA

FRANCISCO LOPEZ-LARA MARTIN
 FRANCISCO SÁEZ BELTRÁN
 GUADALUPE RUIZ MARTÍN
 HERMENEGILDO GONZÁLEZ GARCÍA
 IGNACIO ROSELL AGUILAR
 INMACULADA DE ARRIBA GUISANDE
 INMACULADA MODROÑO PRIETO
 INMACULADA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
 ISABEL BLÁZQUEZ BLANCO
 ISABEL ÍÑIGO ELENA
 JAVIER SÁNCHEZ JIMÉNEZ
 JESÚS CALLEJA ESCUDERO
 JESÚS MATAMALA SACRISTÁN
 JOAQUÍN ARIAS MARTÍNEZ
 JOSÉ ANTONIO GARROTE ADRADOS
 JOSÉ ANTONIO HERNÁNDEZ MARTÍN
 JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
 JOSÉ ENRIQUE ALÉS MARTÍNEZ
 JOSÉ HERREROS RODRÍGUEZ
 JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ BLANCO
 JOSÉ JOLÍN GARIJO
 JOSÉ MARÍA MATILLA GONZÁLEZ
 JOSÉ REYES RODRÍGUEZ GARRIDO
 JOSÉ VALERO ÁLVAREZ GALLEGO
 JUAN JESÚS CRUZ HERNÁNDEZ
 LAURA ISUSI LOMAS
 LUIS ALBERTO PÉREZ ROMASANTA
 LUISA LOBETE ARROYO
 M^a ÁNGELES ÁLVAREZ LÓPEZ
 M^a CONCEPCIÓN LEARRA MARTÍNEZ
 M^a DEL TRÁNSITO CARRETERO EGIDO
 M^a DOLORES HUEBRA SÁNCHEZ
 M^a DOLORES JUANA MENÉNDEZ PRIETO
 M^a ESTHER VUELTA CALZADA
 M^a GLORIA ALCALDE RAMPÉREZ
 M^a JESÚS CESTEROS MORANTE
 M^a JESUS PEÑARRUBIA PONCE
 M^a JOSÉ DOYAGÜE SÁNCHEZ
 M^a PILAR BERMEJO DE LA FUENTE
 M^a SONSOLES SÁEZ LÓPEZ
 MARCELINO GALINDO JIMENO
 MARÍA LUISA CUADRADO DOMÍNGUEZ

MARÍA MARTÍN ALONSO
 MARÍA TEJERA ORTEGA
 MARISOL HERNÁNDEZ MARTÍN
 MARTA SÁNCHEZ SÁNCHEZ
 MAXIMO DURÁN RAMOS
 MERCEDES FERNÁNDEZ PRIETO
 MERCEDES GODOY DÍEZ
 MIGUEL VILLA ARRANZ
 MONTSERRAT GUTIÉRREZ RABANAL
 NIEVES MARTÍN SOBRINO
 PATRICIA DIEZHANDINO GARCÍA
 PAULA ZUAZUA GONZÁLEZ
 PEDRO ÁNGEL REDONDO CARDEÑA
 PURIFICACIÓN DE LA IGLESIA RODRÍGUEZ
 RAFAEL LÓPEZ IGLESIAS
 RAFAEL SÁNCHEZ HERRERO
 RAQUEL MONSALVE TORRÓN
 RICARDO TORRES CABRERA
 RUFINO ÁLAMO SANZ
 SILVIA SANGÜESA DOMÍNGUEZ
 SUSANA ABELLA ÁLVAREZ
 SUSANA LORENZO FERNÁNDEZ
 SUSANA RIESCO RIESCO
 TAMARA GÓMEZ TRAVESO
 VERÓNICA LOURDES GARCÍA OLIVARES

