

ESTRATEGIA GALEGA DE ASISTENCIA INTEGRAL AO CANCRO (2009-2013)

FICHA TÉCNICA

Edita:

Coordinación:

D. Rafael López López, presidente da Sociedade de Oncoloxía de Galicia

D. Jesús Santiago Ares Martínez, subdirector xeral de Procesos Asistenciais.
Servizo Galego de Saúde.

Asesoría técnica (apoio metodolóxico e redacción):

MESTESA. Asesoría Sanitaria.

Depósito legal:

Deseño e impresión:

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN DA CONSELLERÍA.....	4
2. PRESENTACIÓN DA SOG.....	5
3. INTRODUCCIÓN.....	6
4. ANÁLISE DE SITUACIÓN.....	9
5. OBXECTIVOS DO PLAN.....	19
6. LIÑAS ESTRATÉXICAS.....	19
CONTINUIDADE ASISTENCIAL.....	22
CALIDADE PERCIBIDA.....	28
ACREDITACIÓN.....	31
INVESTIGACIÓN.....	36
MONITORIZACIÓN.....	40
PREVENCIÓN.....	43
7. PRINCIPAIS RECOMENDACIÓNS DO PLAN.....	49
8. COMPROMISO COA CIDADANÍA.....	50
9. BIBLIOGRAFÍA.....	51
10. PARTICIPANTES.....	55

1. PRESENTACIÓN DA CONSELLERÍA

2. PRESENTACIÓN DA SOG

3. INTRODUCCIÓN

O cancro é un problema de saúde de primeira liña, e así é percibido pola poboación galega. Na enquisa de saúde realizada como fase previa á elaboración do Plan de Saúde 1998-2001, a poboación galega considerou o cancro como primeiro problema de saúde, e o que máis urxente intervención requiría (72,5%). A Enquisa de Saúde de Galicia de 2001 volveu confirmar estes datos.

A Sociedade Española de Oncoloxía Médica realizou o primeiro *Estudo Sociolóxico sobre a Percepción do Cancro en España*. Neste traballo foron enquisadas máis de 2.100 persoas a nivel nacional. O 72% dos galegos enquisados refería vivir o cancro de preto (familiares de primeiro grao ou amigos próximos). Esta cifra é superior ao 65% da media española. Un 62% dos galegos refería que o cancro estaba entre as dúas enfermidades ás que máis temían, porcentaxe similar á media nacional.

Desde o punto de vista da ordenación da asistencia sanitaria pública a área do cancro considérase unha das liñas estratéxicas do Plan de Saúde de Galicia 2006-2010, igual que, especificamente, ten a devandita consideración o cancro de mama no Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. O Plan Oncolóxico de Galicia 2000-2005 tiña entre as súas prioridades a potenciación de actuacións preventivas e terapéuticas de demostrada efectividade e unha atención centrada no paciente, humanizada e baseada en equipos multidisciplinares.

O presente Plan Integral de Oncoloxía de Galicia pretende establecer prioridades e estratexias que organicen as prioridades na asistencia ao cancro en Galicia. Debe ser, por tanto, un instrumento útil para desenvolver a política sanitaria do cancro mediante o establecemento de obxectivos e accións que, orientados por liñas estratéxicas de acción, establezan o rumbo da asistencia sanitaria en Galicia para este problema de saúde.

ANÁLISE DE INFORMACIÓN:

Para a identificación de liñas estratéxicas, valoráronse datos de actividade e asistencia do ámbito galego así como elementos cualitativos achegados por expertos do ámbito galego da xestión e a asistencia:

- Situación do cancro en España (informe 2005)
- Taxa de morbilidade (INE 2004). Valoración das taxas de morbilidade dos principais diagnósticos que causan altas nos centros hospitalarios españois.
- Altas hospitalarias en 2005 (informe de explotación de GDR do Servizo Galego de Saúde 2005)
- Explotación de CMBD Galicia 2006
- Plan Oncolóxico de Galicia 2002 -2005
- Estudos sobre a opinión e a percepción dos usuarios
- Achega de grupos de expertos que colaboraron na elaboración do Plan.

METODOLOXÍA DE TRABALLO

A metodoloxía de traballo para o desenvolvemento de cada unha das liñas estratéxicas consistiu no consenso de expertos con incorporación de evidencia con metodoloxía ASBE (Asistencia Sanitaria Baseada na Evidencia).

Posteriormente á análise da situación xeral e ao establecemento polo grupo director do Plan das liñas estratéxicas que se ían desenvolver, formouse un grupo de traballo por cada unha das liñas e identificáronse obxectivos e accións para cada unha delas.

A proposta de accións estivo precedida dunha revisión profunda da evidencia dispoñible e as propostas veñen referendadas pola documentación de soporte necesaria unha vez debatida polos profesionais.

Este Plan estratéxico ten un marcado compoñente asistencial e orienta as súas accións cara á atención prestada en Primaria e Hospitalaria.

Figura 1. Estrutura da elaboración do Plan Estratéxico



4. ANÁLISE DE SITUACIÓN

EPIDEMIOLOXÍA

A taxa de natalidade en Galicia foi no ano 2004 de 7,65 nacementos por cada mil habitantes (10,65 nacementos no conxunto do Estado) e a taxa de mortalidade de 10,53 defuncións por cada mil habitantes (8,71 falecementos en España).

O cancro é a segunda causa de mortalidade global en Galicia, despois das enfermidades cardiovasculares. Entre os 35 e os 54 anos supón a primeira causa de morte, e a segunda en nenos de entre 1 e 14 anos. Entre 1980 e 1997 supuxo unha mortalidade proporcional do 24,81%. A poboación situou o cancro como o primeiro problema de saúde na enquisa elaborada no marco do Plan de Saúde.

No ano 2006, en Galicia o cancro foi responsable do 27,3% dos falecementos, cun total de 8.035 mortes, porcentaxes moi similares ás do resto de comunidades autónomas (táboa 1).

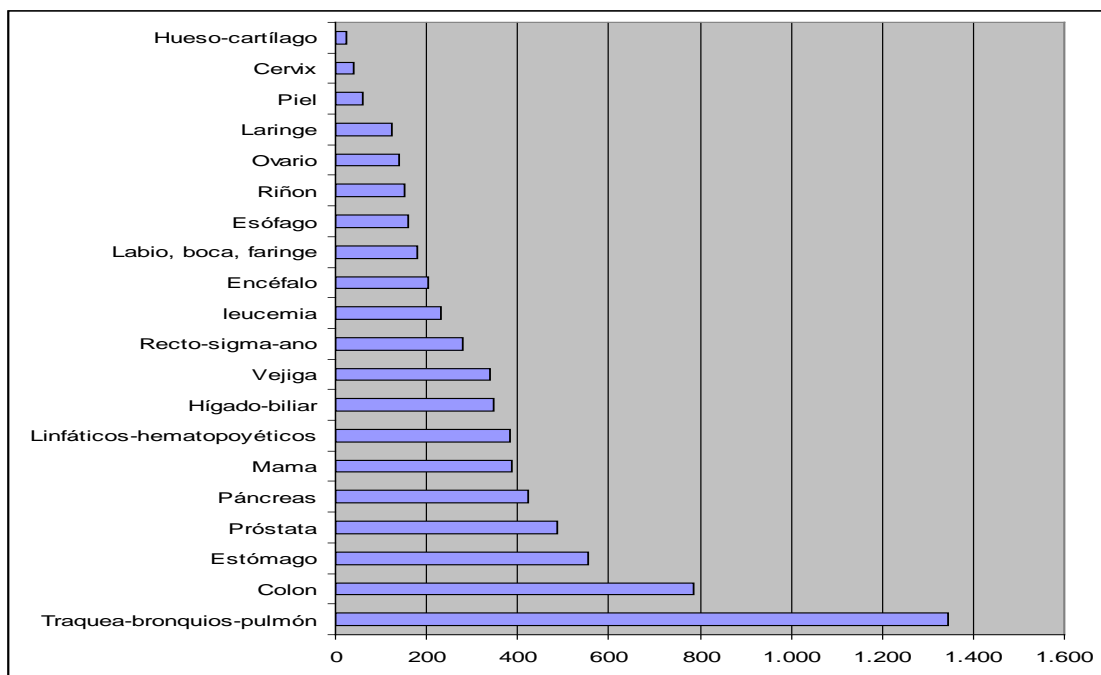
Táboa 1. Número de falecidos e porcentaxe de mortes debidas a cancro en 2006, clasificado por comunidades autónomas (Fonte: INE)

	Total falecidos	Falecidos por cancro	Proporción de mortes por cancro
País Vasco	18.507	5.581	30,2%
Castela-León	26.150	7.711	29,5%
Comunidade de Madrid	39.882	11.761	29,5%
A Ríoxa	2.653	763	28,8%
Cantabria	5.449	1.536	28,2%
Cataluña	57.863	16.238	28,1%
Comunidade Foral de Navarra	4.952	1.389	28%
Baleares	7.250	2.013	27,8%
Canarias	12.692	3.524	27,8%
Principado de Asturias	12.342	3.412	27,6%
Galicia	29.389	8.035	27,3%
Extremadura	10.359	2.822	27,2%
Aragón	12.989	3.512	27%
Comunidade Valenciana	38.569	10.263	26,6%

Rexión de Murcia	9.708	2.501	25,8%
Andalucía	62.428	15.793	25,3%
Castela-A Mancha	17.276	4.349	25,2%
Ceuta	479	116	24,2%
Melilla	454	99	21,8%
Total	371.478	101.683	27,4%

A distribución da mortalidade por tipos de cancro en Galicia no ano 2006 amósase na figura 2, onde se aprecia que o cancro de pulmón e o colorrectal foron as dúas primeiras causas de morte por cancro. A mortalidade por tumores apenas presenta oscilacións en España no período 1990-99, pero aumenta en Galicia. Dentro dese grupo, os tumores malignos de estómago teñen unha tendencia lixeiramente decrecente. A mortalidade por cancros de colon, recto e ano tivo certa elevación durante o período 1990-99, estabilizándose a continuación. A mortalidade por cancro de próstata, que ocupa o segundo posto en homes, mostra unhas taxas inferiores en Galicia con respecto á media estatal.

Figura 2. Número de falecementos por tipo de cancro en 2006 (Fonte: INE)



As principais causas de mortalidade que máis anos diminúen a esperanza de vida en mulleres galegas son o cancro de mama, o cancro de pulmón, o cancro de ovario, o cancro de colon e o infarto de miocardio.

A mortalidade por cancro de mama é lixeiramente inferior á estatal, ao contrario do que acontece cos tumores malignos de colon e útero (táboa 2).

Táboa 2. Mortalidade por cancro en mulleres galegas (ano 2005)

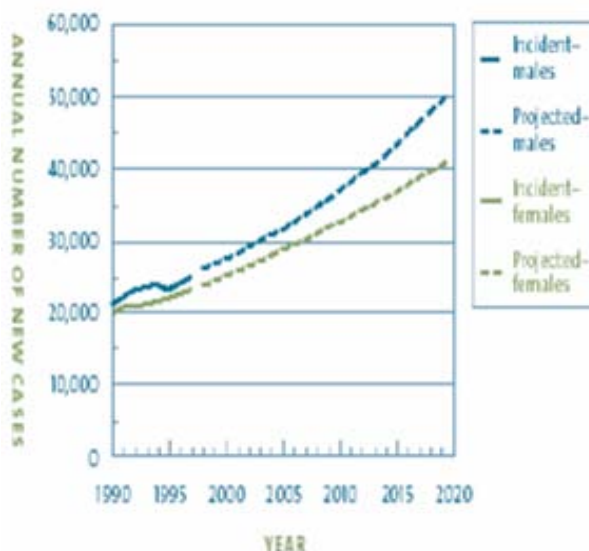
	Nº falecidas	%
Mama	430	14,2
Colon	376	12,4
Estómago	237	7,8
Pulmón / bronquios	182	6
Páncreas	193	6,3
Ovario	115	3,8
Útero (corpo e non específico)	114	3,8
Colo uterino	45	1,5
Outros	1.340	44,2
Total	3.302	100

O cancro de pulmón, o de mama e o colorrectal constitúen unha das prioridades no Plan de Saúde de Galicia 2006-2010, catalogadas polos expertos como segunda prioridade, só superada pola acción contra a patoloxía cardiovascular.

Previsións

Previsións realizadas polo Dr. Ferry Sullivan no plan de acción para a prevención e detección do cancro en Ontario reflicten que o número de cancros se duplicará para 2020.

Figura 3. Previsións de evolución na incidencia de cancro nos próximos anos.



Recursos asistenciais

A característica dispersión da poboación de Galicia condiciona a súa relativa maior necesidade de recursos. Galicia ten o 5,8% da superficie de España e o 6,4% da poboación, cunha maior densidade de poboación (93% fronte a 84,42%). Non obstante, esta poboación está asentada en 29.990 entidades de poboación diferentes, o 48,9% das de España, cunha media de 91 habitantes por entidade de poboación, cando a media española é de 655.

Unha alta porcentaxe da poboación vive no medio rural, cun 59,5% da poboación en núcleos de menos de 20.000 habitantes e só un 27,5% en núcleos de máis de 100.000 habitantes, mentres que a media española é do 35% da poboación vivindo en núcleos de menos de 20.000 habitantes e un 40,3% en núcleos de máis de 100.000 habitantes.

Táboa 3. Estrutura xeográfica de Galicia en 2003.

	Nº concellos	Superficie (km ²)	% de superficie por provincias	Nº de entidades singulares de poboación
A CORUÑA	94	7.950	26,88	10.315
LUGO	67	9.856	33,33	9.754
OURENSE	92	7.273	24,59	3.680
PONTEVEDRA	62	4.495	15,20	6.241
GALICIA	315	29.574	100	29.990
ESPAÑA	8.104	505.992		61.312
% GALICIA/ESPAÑA	3,89	5,8		

Revisión do Padrón en 1 de xaneiro de 2003; superficie oficial ano 1996. Fonte: Instituto Galego de Estatística

A dispersión demográfica e a dificultade nas comunicacións condicionadas pola orografía, obrigou á instalación e posta en marcha de numerosos centros asistenciais, tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria. Este esforzo por garantir a equidade supuxo unha carga económica moi superior á doutras comunidades autónomas que contan con maior concentración da poboación en áreas urbanas. Desta forma, Galicia conta con 382 centros de saúde, o 13% dos totais de España, o dobre dos que lles corresponderían por poboación, co conseguinte incremento de gasto de mantemento e soporte administrativo.

Táboa 4. Relación de infraestruturas sanitarias oncolóxicas en Galicia

Provincia	Unidades oncoloxía médica	Unidades de coidados paliativos	Unidades de medicina nuclear	Unidades de radioterapia	Unidades de cirurxía oncolóxica
A Coruña	Complexo Hospitalario Universitario A Coruña	Complexo Hospitalario Universitario A Coruña	Consortio Oncolóxico de Galicia	Consortio Oncolóxico de Galicia (inclúe braquiterapia e IMRT)	Complexo Hospitalario Universitario A Coruña: <ul style="list-style-type: none"> • Cirurxía tumoral abdominal (cirurxía xeral). • Cirurxía colo (ORL) • Cirurxía tumoral ósea (Traumatoloxía/Ortopedia). • Cirurxía tumoral mama.
	Área Sanitaria	Área	Complexo Hospitalario		

	de Ferrol	Sanitaria de Ferrol	Universitario de Santiago:	Complejo Hospitalario Universitario de Santiago:	<ul style="list-style-type: none"> • C. xinecolóxica (xinecoloxía tumoral) • Cirurxía urolóxica (Uroloxía)
	Complejo Hospitalario Universitario de Santiago	Complejo Hospitalario Universitario de Santiago	<ul style="list-style-type: none"> • PET (1 equipo) • Ciclotrón • Terapias metabólicas (3 cuartos) • Gammagrafía e tomogammagrafía (3 equipos) 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 aceleradores lineais (2 multienerxéticos e 1 monoenerxético) • Braquiterapia de alta taxa (búnker) • Braquiterapia de baixa taxa (3 cuartos) • Radiocirurxía (sesión única e fraccionada) • Estrutura en disposición de iniciar a radioterapia intraoperatoria (quirófano específico na área de Radioterapia) • TAC 	<p>Área Sanitaria de Ferrol:</p> <p>Todas agás c. torácica, máxilo-facial e plástica.</p>
	Consortio Oncolóxico de Galicia	Consortio Oncolóxico de Galicia	<p>O PET do Complejo Hospitalario Universitario de Santiago é de referencia para toda a comunidade (especialmente provincia de Lugo e Ourense)</p> <p>Hospital Modelo da Coruña (concertado para Medicina Nuclear e PET)</p>	<p>O Complejo Hospitalario Universitario de Santiago é referencia acreditada polo Ministerio para o tratamento de melanomas uveais</p>	<p>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • C. xeral e dixestivo, ORL, oftalmoloxía, C. torácica, uroloxía, C. máxilo-facial, neurocirurxía, C. plástica, dermatoloxía, xinecoloxía, C. pediátrica e traumatoloxía. • Unidade de transplante abdominal • Unidade de Radiocirurxía. <p>Hospital Juan Cardona (Ferrol) (concertado: realiza unicamente colon, recto e estómago)</p>
Lugo	Complejo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo) (de referencia para toda a provincia: áreas de Lugo, Monforte e Costa)	Complejo Hospitalario Xeral-Calde (só área de Lugo)			<p>Complejo Hospitalario Xeral-Calde:</p> <p>cirurxía xeral e dixestiva, ORL, neurocirurxía, uroloxía, xinecoloxía, traumatoloxía</p>
Ourense	Complejo Hospitalario de Ourense	Complejo Hospitalario de Ourense	Complejo Hospitalario de Ourense	Complejo Hospitalario de Ourense	Complejo Hospitalario de Ourense: todas as especialidades agás cirurxía torácica
	Os hospitais				

	de Valdeorras e Verín teñen cadansúa unidade dependentes do Servizo de Oncoloxía do Complexo Hospitalario de Ourense				
Pontevedra	Complexo Hospitalario de Pontevedra	Complexo Hospitalario de Pontevedra	Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (situada no H. Meixoeiro):	Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (situada no H. Meixoeiro):	Complexo Hospitalario de Pontevedra: cirurxía xeral, xinecoloxía, uroloxía, ORL e dermatoloxía (de referencia para a área do Salnés).
	Complexo Hospitalario Universitario de Vigo: 2 unidades: unha no Hospital Xeral e outra no H. Meixoeiro	Complexo Hospitalario Universitario de Vigo	<ul style="list-style-type: none"> • 3 gamma-cámaras. • 1 PET-CT con 6 cabinas de inxección. • 2 cuartos de terapia metabólica. • 1 captador tiroideo. • 1 sonda de detección do ganglio sentinela. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 LINAC. • 1 quirófano para braquiterapia con equipo de alta taxa. • Un TAC simulador. • Sistema de planificación 3D. • Sistema de radiocirurxía. • 2 cuartos de braquiterapia. • Equipamento de TBI (irradiación corporal total). • Equipamento para IMRT (radioterapia de intensidade modulada). 	Complexo Hospitalario Universitario de Vigo: todas as especialidades cirúrxicas agás algunha neoplasia maligna de traumatoloxía de especial complexidade e escasa prevalencia.
	Policlínica de Vigo S.A. (POVISA) (concertado)	Policlínica de Vigo S.A (POVISA) (concertado)	Policlínica de Vigo S.A (POVISA) (concertado)	Policlínica de Vigo S.A (POVISA) (concertado) (inclúe braquiterapia)	<ul style="list-style-type: none"> • Policlínica de Vigo S.A (POVISA) (concertado) (C. xeral e dixestivo, ORL, oftalmoloxía, uroloxía, C. máxilo-facial, neurocirurxía, C. plástica, xinecoloxía, traumatoloxía).

ANÁLISE CUALITATIVA

A posta en marcha dun proxecto que implica a abordaxe estratéxica dun problema de saúde como é o cancro, que afecta os procesos de traballo, require

a realización dunha análise estratéxica da situación que permita avaliar a visión que os profesionais teñen do problema que se aborda, valorando a distancia (GAP) entre a situación real e a situación esperada ou desexada, así como dos aspectos xerais da organización actual da asistencia e a súa percepción da abordaxe que do problema fai a institución de saúde.

Neste traballo solicítouse aos profesionais que participan na elaboración proposta de estratexia asistencial integral ao cancro da Consellaría de Sanidade da Xunta de Galicia que valoren as organizacións, analizando a situación actual e as expectativas que teñen con respecto ao proxecto.

Ofrécese, por tanto, unha análise que parte de profesionais "clave" para a organización aos que se lles solicitou, pola súa experiencia e coñecemento do medio, que opinen sobre a situación ideal para asegurar o éxito do proxecto así como que realicen unha valoración da situación. Para iso pedíuselles que realicen unha análise cualitativa da situación actual e dos factores que teñen relevancia para asegurar o éxito do proxecto. Esta análise será determinante para a identificación de puntos fortes e débiles da organización que nos permitan priorizar as liñas estratéxicas dun plan de intervención que facilite a implantación do proxecto.

Valorouse:

- A visión estratéxica do problema
- A situación actual da asistencia ao cancro en Galicia.
- A situación da organización con respecto a este problema.

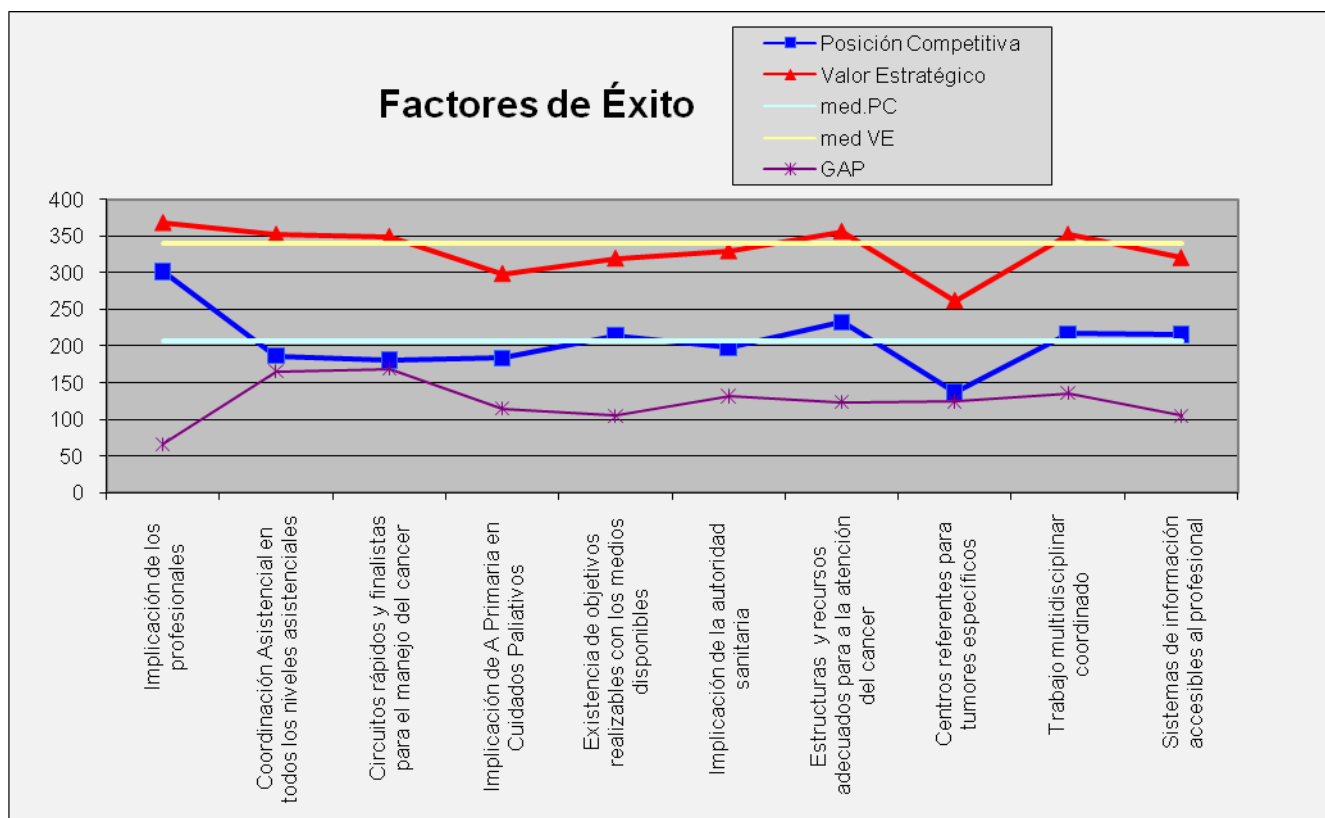
Visión estratéxica. Priorízanse aqueles factores que, tendo unha elevada valoración estratéxica, teñen, segundo o grupo de expertos, un baixo desenvolvemento ou están pouco implantados no sistema. Son os considerados **puntos de intervención crítica**: aqueles sobre os que desenvolver liñas estratéxicas de acción. No noso estudo son:

- Coordinación interniveis
- Circuitos rápidos e finalistas

Os puntos fortes da organización valóranse observando os factores con maior valoración estratéxica que teñen un alto desenvolvemento na organización.

Serán os **puntos fortes** para o desenvolvemento de liñas estratéxicas:

- Implicación dos profesionais
- Estruturas e recursos para a atención ao cancro
- Traballo multidisciplinar coordinado



(Nesta valoración participaron todos os profesionais que interviñeron na realización deste plan)

Situación actual da asistencia. Obsérvase que as dimensións nas que hai un maior acordo na calidade da asistencia son:

- A competencia profesional
- A carteira de servizos
- Os recursos dispoñibles

Aquelas nas que hai un acordo que deben incluír melloras son:

- A coordinación con Atención Primaria
- A confortabilidade dos servizos
- A investigación

Situación da organización. Os aspectos da organización que teñen unha mellor valoración entre os profesionais son:

- A preparación técnica dos profesionais
- A axeitada tecnoloxía
- A atención ofrecida ao usuario é de calidade

Os aspectos de imaxe que se valoran con áreas de mellora son:

- A política de recursos humanos
- A adecuada xestión interna

5. OBXECTIVOS DO PLAN

1. Mellorar a supervivencia e a calidade de vida do paciente
2. Mellorar a accesibilidade e a equidade da asistencia.
3. Facilitar a coordinación asistencial intra e interniveis.
4. Promover a investigación orientada a resultados en saúde e investigación translacional
5. Promover a confortabilidade do paciente oncolóxico, unha información acorde ás súas necesidades e capacidade de autonomía na toma de decisións.

Outros obxectivos de **carácter secundario** son:

1. Identificar os recursos para a implantación do plan.
2. Establecer criterios organizativos para a implantación.
3. Establecer servizos de referencia na asistencia ao paciente oncolóxico.
4. Identificar estándares de atención que permitan a acreditación de mínimos e a asistencia de tumores infrecuentes.
5. Crear comisións de tumores en todos os centros que traten o cancro.
6. Crear protocolos específicos en todos os centros que atendan tumores, favorecendo compromisos en tempos de demora.

6. LIÑAS ESTRATÉXICAS

As liñas estratéxicas para a abordaxe do cancro en Galicia foron seis:

- **Liña 1:** Coordinación asistencial.
 - Subliña 1.1: Coordinación intrahospitalaria
 - Subliña 1.2: Coordinación extra/interhospitalaria
- **Liña 2:** Mellora da calidade percibida
- **Liña 3:** Acreditación
 - Xerais
 - Pediatría
 - Prostática
 - Torácicas
 - Mama
- **Liña 4:** Investigación
- **Liña 5:** Monitorización
- **Liña 6:** Prevención
 - Cancro de pulmón
 - Cancro colorrectal
 - Cancro de mama

Cada unha das liñas ou subliñas aborda os seguintes apartados:

- **Enunciado:** describe brevemente o alcance e contido da liña.
- **Obxectivos:** describen os principais obxectivos que aborda a liña e que deben de marcar posteriormente os correspondentes grupos de desenvolvemento.
- **Barreiras:** froito da análise de situación de cada liña descríbense os principais problemas con que se atopará a liña para o seu desenvolvemento e implantación e que deberán ser tidos en conta polos grupos de desenvolvemento das liñas.

- **Accións:** nas que se describen de xeito priorizado as accións que deben desenvolverse para pór en marcha a liña estratéxica.
- **Criterios de calidade:** onde o plan describe os principais criterios que deben ser tidos en conta para avaliar a liña.

**LIÑA ESTRATÉXICA 1
CONTINUIDADE ASISTENCIAL**

SUBLIÑA 1.1 DE COORDINACIÓN INTRAHOSPITALARIA

ENUNCIADO:

Para a coordinación asistencial intrahospitalaria do paciente oncológico planificaranse uns circuitos diferenciados con tempos máximos de demora de diagnóstico e tratamento oncológico, con implicación de profesionais responsables de cada área de capacitación, cunha abordaxe multidisciplinar e por unidades de asistencia funcional específica, baseándose todo isto na existencia de recomendacións clínicas elaboradas e avaladas pola Administración.

OBXECTIVOS:

- Os pacientes con cancro recibirán sempre unha abordaxe multidisciplinaria no proceso diagnóstico e terapéutico.
- Os pacientes serán atendidos coas mellores estratexias científico-técnicas baseadas nas evidencias dispoñibles.
- A organización asistencial garantirá a equidade no acceso e nos resultados.
- A organización asistencial deberá propiciar uns tempos adecuados nos procesos de diagnóstico e estadificación, tratamento e seguimento do paciente.
- A organización da asistencia deberá permitir coñecer e comunicar os resultados obtidos cos diferentes tratamentos nas distintas localizacións tumorais.
- Deberá asegurarse a axeitada formación de todos os profesionais que traballan co paciente con cancro.
- A organización asistencial velará pola máxima calidade da asistencia prestada ao paciente e o seu confort durante o proceso de atención.

BARREIRAS:

- Necesidade de crear unha cultura de traballo en equipo.
- Déficit dun sistema de información.

- Rixidez organizativa dos servizos asistenciais (estruturas verticais, escaseza de autonomía de xestión).
- Necesidade de adaptación dos orzamentos.

ACCIÓN:

1. Creación de estruturas asistenciais
 - a. Creación de comités clínicos de tumores específicos (mama, colon, pulmón e próstata) en cada área hospitalaria.
 - b. Consultas de acceso rápido de pacientes con sospeita de neoplasia por patoloxías/especialidades.
 - c. Circuitos de probas complementarias de acceso rápido.
2. Creación de procesos asistenciais integrados de ámbito autonómico con apoio institucional.
 - a. Definición de vías de derivación
 - b. Establecemento de circuitos de diagnóstico, estadificación, tratamento e seguimento
 - c. Establecemento de tempos máximos en cada circuito, en concreto para os 4 tipos de neoplasias máis prevalentes
 - d. Creación da figura do profesional de referencia
3. Velar pola adecuada homoxeinización dos rexistros relacionados con patoloxía oncolóxica, procurando integrar todos os episodios oncolóxicos do paciente.
4. Creación, dentro do SIHGA, dun sistema de rexistro de datos de hospital de día oncolóxico.
5. Definir un programa de formación continuada para os diversos profesionais que traballan co paciente oncolóxico.

6. Realización de estudos de satisfacción e calidade percibida con carácter regular.

CRITERIOS DE CALIDADE

- Os procesos asistenciais integrados de mama, pulmón, próstata e colon e recto deberán estar descritos no primeiro ano.
- Os tempos de demora entre sospeita, diagnóstico e tratamento deberán axustarse ás recomendacións do proceso.
- Estableceranse obxectivos nos centros sobre a implantación dos procesos oncolóxicos desenvolvidos pola organización.
- Os centros que poñen atención completa ao paciente oncolóxico terán comisións de tumores estruturadas para cancro de mama, pulmón, próstata e colon e recto.
- Faranse seguimentos da satisfacción dos pacientes oncolóxicos, que deberá incrementarse coa implantación do Plan.

SUBLIÑA 1.2 DE COORDINACIÓN EXTRA/INTERHOSPITALARIA

ENUNCIADO:

A coordinación asistencial extrahospitalaria basearase na acción conxunta e planificada dos distintos profesionais e recursos que atenden aos pacientes con cancro fóra do seu hospital de referencia, esencialmente Atención Primaria e interhospitalaria e sempre integrada co proceso asistencial completo do paciente.

OBXECTIVOS:

- Disponibilidade de procesos asistenciais integrados.

- Garantir tempos máximos de demora diagnóstica e terapéutica.
- Crear comités e comisións de traballo interniveis.
- Potenciar a rede de coidados paliativos, preferentemente a domicilio, prestados por Atención Primaria.
- Formación de todos os profesionais que atenden pacientes oncolóxicos na detección e seguimento de pacientes con sospeita de cancro.

BARREIRAS:

- Insuficiencia da información epidemiolóxica e clínica sobre o cancro en Galicia.
- Escasa e difícil comunicación entre distintas estruturas asistenciais.

ACCÍONS:

1. Elaboración de procesos asistenciais integrados e interniveis.
2. Completar o acceso a probas desde Atención Primaria para o diagnóstico.
3. Potenciar a implantación de comités, comisións e vías de comunicación interniveis en patoloxía neoplásica.
4. Creación de redes de atención en centros comarcais en coordinación cos centros de referencia.
5. Potenciación da hospitalización a domicilio dos pacientes con enfermidade avanzada ou complexa e formación específica dos profesionais en este campo.

CRITERIOS DE CALIDADE

- Os procesos asistenciais integrados e interniveis de mama, pulmón, próstata e colon deben estar descritos o primeiro ano.
- As demoras axustaranse ao fixado nos procesos asistenciais integrados.
- Estableceranse as medidas de coordinación e os criterios necesarios para a derivación de pacientes a coidados paliativos.
- O paciente oncolóxico disporá dun informe completo á disposición de todo profesional que o asista en calquera nivel asistencial ou centro.

**LIÑA ESTRATÉXICA 2
CALIDADE PERCIBIDA**

ENUNCIADO:

Conxunto de medidas encamiñadas a promover unha boa percepción do enfermo e do seu ámbito sociofamiliar respecto á atención recibida durante o seu proceso asistencial.

OBXECTIVOS:

- Optimizar o proceso informativo entre niveis asistenciais e durante a relación do profesional co enfermo/ámbito sociofamiliar.
- Optimización da accesibilidade do enfermo ao equipo responsable do seu proceso.
- Adecuación das estruturas arquitectónicas para a humanización da atención sanitaria.

BARREIRAS:

- Cultura paternalista en profesionais, pacientes e ámbito sociofamiliar.
- Ausencia de formación en comunicación e bioética nos profesionais sanitarios.
- Masificación dos circuítos asistenciais.
- Organización vertical dos servizos.
- Ausencia do concepto de mellora continuada.
- Variabilidade na práctica asistencial.

ACCIÓNS:

1. Formación en bioética e en técnicas de comunicación dos profesionais involucrados na atención directa ao enfermo oncolóxico.
2. Profesional de referencia para o enfermo e o seu ámbito.

3. Analizar periodicamente a percepción e expectativas dos pacientes a través de técnicas cualitativas: grupos focais, entrevistas, enquisas de opinión.
4. Elaboración de catálogos informativos para cada unha das diferentes etapas do proceso oncológico.
5. Colaboración con grupos de expertos en áreas non asistenciais (nutricionistas, estilistas, terapeutas, etc.)

CRITERIOS DE CALIDADE:

- Os profesionais involucrados na atención directa ao enfermo oncológico están formados en bioética e en técnicas de comunicación.
- Dispónse dun profesional de enfermaría de referencia para o enfermo oncológico que seguirá o seu proceso por todo o circuito asistencial.

**LIÑA ESTRATÉXICA 3
ACREDITACIÓN**

ENUNCIADO:

A atención oncolóxica en Galicia desenvolveuse en todos os centros da súa rede asistencial segundo as súas capacidades e cunha alta calidade, aínda que de modo fragmentado, sen unha clara definición de criterios de especialización e con insuficiente avaliación de resultados clínicos. Para asegurar unha asistencia protocolizada e axustada a criterios análogos en calquera dos dispositivos asistenciais e garantir o principio de equidade, é necesario que se definan estándares comúns que permitan normalizar e homoxeneizar a situación dos diferentes centros, que se establezan os requisitos básicos comúns e as garantías de seguridade e calidade que deben ser cumpridas, e se promova a avaliación de resultados e as estratexias de mellora, así como unha mellor definición de unidades de referencia e o acceso a elas. Sen dúbida, a acreditación de centros, servizos e unidades asistenciais e de investigación, e a súa auditoría periódica, contribúe a fomentar a calidade destes, o noso obxectivo principal.

OBXECTIVOS:

1. Garantir unha rede asistencial integrada para a totalidade de pacientes con cancro na que se inclúan todos os niveis asistenciais.
2. Alcanzar unha organización asistencial centrada no paciente e as súas expectativas.
3. Asegurar unhas prestacións sanitarias efectivas, seguras e eficientes, e a equidade no acceso a elas, tanto nos procesos e procedementos máis comúns (sobre todo para catro procesos de alta prevalencia na Comunidade Autónoma de Galicia: cáncros de mama, pulmón, colorrectal e próstata) como para os de baixa frecuencia.
4. Establecer os requisitos básicos comúns e as garantías de seguridade e calidade que deben ser cumpridas para a apertura e funcionamento de centros e unidades de referencia.

5. Establecer un modelo de acreditación para os centros, unidades de referencia, servizos e procedementos.
6. Fortalecer o proceso de auditoría asistencial, docente e investigadora dos centros acreditados na Comunidade Autónoma de Galicia.

BARREIRAS:

- Os profesionais asistenciais deben mellorar a súa visión da planificación da calidade e da súa avaliación.
- Integración e acreditación espertan aínda reticencias en determinados profesionais.
- Insuficiente cultura de avaliación de resultados de saúde.

ACCIÓNS:

- Definir e implantar a rede asistencial integrada de atención a pacientes con cancro da Comunidade Autónoma de Galicia na que queden estruturados os distintos niveis de asistencia, os seus graos de coordinación e centros de referencia.
- Establecer unha liña de traballo que permita definir os requisitos básicos comúns e as garantías de seguridade e calidade que se pretenden alcanzar para todo o proceso asistencial en cada servizo ou unidade da rede nos seus distintos niveis de complexidade, e avaliar a súa implantación, polo menos para:
 - o As patoloxías máis prevalentes (mama, pulmón, colorrectal e próstata).
 - o Procedementos de baixa frecuencia para os que xa se definiron centros/unidades de referencia no nivel nacional ou da comunidade.

- Promover e facilitar a acreditación das unidades e servizos pertencentes á rede, segundo a norma básica e o modelo de acreditación que se estableza.
- Establecer o mapa de derivacións dos pacientes entre os hospitais da Comunidade Autónoma de Galicia e de fóra da Comunidade, e protocolos de actuación comúns para todo o Sistema Galego de Saúde, e garantir a súa difusión e coñecemento.

Exemplo de consideracións para a acreditación na atención a tumores torácicos (tumor frecuente):

Para a acreditación de centros na atención a pacientes con patoloxía torácica deberase considerar:

- A dispoñibilidade de protocolos no manexo das neoplasias pulmonares.
- A dispoñibilidade dun comité multidisciplinar para a valoración dos pacientes afectos por neoplasias pulmonares, integrado por todas as especialidades implicadas (pneumoloxía, radioloxía, medicina nuclear, cirurxía torácica, anestesioloxía, anatomía patolóxica, oncoloxía médica, oncoloxía radioterápica).
- A dispoñibilidade dun rexistro de pacientes que permita a análise de datos.
- Os centros con acreditación excelente actuarán como centros de referencia daqueles outros que non cumpran todos os requisitos da acreditación.

Exemplo de consideracións para a acreditación en pediatría (tumor pouco frecuente):

- A atención ao neno diagnosticado de cancro debe ser realizada no ámbito hospitalario, nunha unidade especializada de oncoloxía pediátrica, na que persoal médico e de enfermaría garantan unha atención integral, tanto ao enfermo como á súa familia.
- Establecemento dun modelo de acreditación que diferencie dous niveis:
 - o Nivel 1. Atención aos procesos oncolóxicos de menor complexidade. Equipos integrados por médicos e pediatras de Atención Primaria e

especialistas de oncoloxía dos hospitais de área. Asegurarase que os profesionais deste nivel desenvolvan a súa actividade en colaboración con outros servizos hospitalarios de referencia como cirurxía infantil, radioterapia, oncoloxía médica, radiodiagnóstico e farmacia entre outros.

- Nivel 2. Estará integrado polas unidades oncolóxicas pediátricas de referencia, que deberán dispoñer de servizo de onco-hematoloxía pediátrica.

CRITERIOS DE CALIDADE:

- Ao longo do período as unidades de asistencia oncolóxica pertencerán á rede.
- A patoloxía oncolóxica que se atende na Comunidade Autónoma de Galicia terá definidos indicadores de calidade para todo o proceso asistencial e un programa de control asociado.
- Os servizos ou unidades que presten asistencia a pacientes con cancros de mama, colorrectais, pulmón e próstata, ou pediátricos acreditaríanse (acreditación excelente ou parcial).
- Os centros disporán de información actualizada da carteira de servizos en oncoloxía en Galicia e o mapa de derivacións definido, tanto en neoplasias do adulto como pediátricas.
- Escolarización do neno enfermo de cancro, se é posible no seu medio.

**LIÑA ESTRATÉXICA 4
INVESTIGACIÓN**

ENUNCIADO:

A investigación, como actividade que nos induce a formular preguntas e atopar as respostas axeitadas, é a estratexia básica para aumentar o noso coñecemento, e por tanto, é imprescindible para unha atención sanitaria de calidade nunha área tan dinámica como o cancro.

A investigación en oncoloxía é variada e afecta diferentes parcelas como a etioloxía, a prevención e o tratamento. Pode comprender desde a investigación básica á translacional ou a clínica e engloba gran cantidade de grupos de traballo e persoas con moi diversas sensibilidades científicas. Por todo iso, para alcanzar unha mellora nos resultados de saúde e na satisfacción dos pacientes, debe estar integrada, coordinada e estruturada dentro do sistema público sanitario como un dos piares dentro da Estratexia Galega de Asistencia Integral ao Cancro.

OBXECTIVOS:

- Establecer áreas prioritarias en investigación oncolóxica dentro do Plan de I+D do Sistema Sanitario Público.
- Promover e coordinar estudos de investigación desde os propios servizos e áreas de oncoloxía, priorizar os que teñan carácter cooperativo..
- Mellorar e manter a formación en investigación oncolóxica.
- Promover unha rede de profesionais investigadores dentro de grupos de traballo ou centros de investigación.
- Mellorar a información sobre a situación da investigación oncolóxica na nosa comunidade tanto para profesionais coma para a poboación.

BARREIRAS:

- Falta de coordinación.
- Atomización.
- Dificultade para o financiamento con fondos públicos de proxectos de investigación clínica.
- Deficiente formación en investigación

- Escaso desenvolvemento da investigación en prevención e translacional.
- Falta de información acerca da situación real do cancro na nosa comunidade.

ACCIÓNS:

1. Crear unha Comisión de Investigación do Cancro en Galicia que defina, promova e coordine as liñas de investigación, dentro do Plan de I+D do Sistema Sanitario Público.
2. Crear grupos de traballo para o desenvolvemento de investigación clínica en cancro.
3. Garantir a actualización de datos no Rexistro de ensaios clínicos (ENSAC) do Sistema Sanitario Público de Galicia.
4. Organizar periodicamente cursos acreditados de formación para a investigación dentro do Plan de Formación Continuada anual do Sistema Sanitario Público.
5. Promover a realización de estudos clínicos propios, de interese asistencial e con calidade metodolóxica.
6. Promover liñas coordinadas de investigación translacional.
7. Promover a incorporación de mostras á Rede de Biobanco de Galicia, para consolidar unha base de futuros estudos de investigación.
8. Fomentar a investigación epidemiolóxica baseada no REGAT.

CRITERIOS DE CALIDADE:

- Comisión de Investigación do Cancro constituída durante o primeiro ano
- Participación nun curso acreditado de formación en investigación durante o período de duración do Plan Estratégico.

- Accesibilidade ao rexistro de ensaios clínicos do Sistema Sanitario Público de Galicia (ENSAC) desde a páxina web do Servizo Galego de Saúde.
- Cada centro hospitalario de nivel II-III deberá participar polo menos en 1 estudo de investigación translacional en cancro durante a vixencia do Plan.
- Cada centro hospitalario de nivel II-III deberá participar, polo menos, en 1 estudo anual relacionado co cancro, con investigadores doutros centros da Comunidade Autónoma.
- Adaptación das unidades de investigación ás necesidades da investigación clínica en oncoloxía.
- Poñer en marcha, polo menos, 1 estudo epidemiolóxico do cancro en Galicia.
- Cada centro hospitalario de nivel terciario presentará, polo menos, un proxecto de investigación anualmente a unha convocatoria de financiamento: Plan Nacional de I+D, Plan Galego de I+D, convocatoria da Consellería de Sanidade.
- Definición do catálogo de grupos de investigación en oncoloxía existentes, segundo a definición de grupos de investigación vixente na Consellería de Sanidade, e presentación a esta para a súa certificación.
- Incorporación dos datos de investigadores e grupos existentes no Sistema de Seguimento de actividade en I+D do Sistema Sanitario Galego (SISAUDE).

**LIÑA ESTRATÉXICA 5
MONITORIZACIÓN**

ENUNCIADO:

A mellora asistencial pasa pola dispoñibilidade dun sistema de información válido, áxil e compartido que permita a comparación entre centros e o seguimento dos resultados en saúde.

O sistema de información debe contar entre as súas compoñentes cun rexistro de tumores como fonte fundamental -non única- de información.

OBXECTIVOS:

- Dispoñer dun sistema de información válido e con solidez científica acerca da situación e atención do cancro en Galicia. O devandito sistema debe incluír un rexistro de tumores áxil, operativo e fiable e permitir:
 - o A comparabilidade entre áreas.
 - o A explotación periódica de datos.
 - o Estudar a dispoñibilidade de recursos e a accesibilidade á atención.
 - o Analizar as demoras na atención ao paciente.
 - o Avaliar a calidade da práctica asistencial.
 - o Analizar o seguimento do enfermo e do supervivente á enfermidade.
 - o O seguimento da presente estratexia galega de atención integral ao cancro.

BARREIRAS:

- Ausencia dun sistema de información xeneralizado sobre cancro que inclúa rexistro de tumores.
- Ausencia de estrutura e organización coordinada para o manexo do paciente con cancro e o seguimento de pacientes superviventes da enfermidade.
- Dificultade de recollida de información para certos tumores (tumores cutáneos, por exemplo).

- Escasa protocolización da asistencia (o que conduce a variabilidade da práctica médica) e da recollida de información.
- Dificultade de identificación e ausencia de rexistro do síntoma inicial.

ACCIÓNS:

1. Potenciar a implantación do Rexistro Galego de Tumores.
2. Desenvolver e implantar o sistema de información de cancro de Galicia.
3. Identificación de indicadores e elaboración destes baseándose nas recomendacións de atención (demoras etc.) para o establecemento dun sistema propio.
4. Sistema de rexistro de datos con recollida específica de primeiro síntoma e sistema de estadificación.
5. Formación en sistemas de información.
6. Información aos profesionais implicados acerca da existencia, utilidade e potencialidades do sistema de información de cancro de Galicia. Desenvolvemento de políticas de accesibilidade.

CRITERIOS DE CALIDADE:

- 85% de cancros incidentes considerados en poboación galega rexistrados no primeiro ano tras a implantación.
- Desenvolvemento dun sistema de información para o seguimento de cada un dos procesos asistenciais integrados descritos na comunidade que faciliten o seguimento anual do proceso asistencial.

**LIÑA ESTRATÉXICA 6
PREVENCIÓN**

SUBLIÑA 6.1. CANCRO DE PULMÓN

ENUNCIADO: Diminuír a incidencia do cancro de pulmón a través do abandono ou o descenso do hábito tabáquico.

OBXECTIVO:

- Diminuír o hábito tabáquico a través da educación nas etapas infantís e adolescentes.
- Diminuír o hábito tabáquico a través do consello antitabáquico dos profesionais sanitarios.
- Diminuír o hábito tabáquico en pacientes con patoloxía respiratoria crónica.
- Espazos libres de fume de tabaco.

BARREIRAS:

- Hábito tabáquico moi introducido na sociedade.
- Tolerancia alta ao consumo de tabaco en público.
- Importantes intereses económicos arredor do tabaco.
- Esforzos educativos e sanitarios descoordinados e efémeros.

ACCIÓNS:

1. Aplicación estrita das leis antitabaco: establecementos públicos (hospitais, centros de ensino etc. e privados (hostalaría, empresas, oficinas) libres de fume.
2. Contido transversal curricular sobre hábitos nocivos en centros de ensino primario e secundario.
3. Consello antitabaco mínimo en Atención Primaria e Especializada.

CRITERIOS DE CALIDADE:

- Coñecer a prevalencia de fumadores na nosa comunidade.
- Diminuír a prevalencia do consumo de tabaco nun 1% anual.
- Rexistro de consello antitabáquico mínimo en todas as historias de Primaria e Especializada.
- Introducir programas específicos en educación primaria e secundaria que intenten evitar o inicio no consumo de tabaco e fomenten os hábitos saudables.

SUBLIÑA 6.2. CANCRO COLORRECTAL

ENUNCIADO

Tratar de prever a aparición do cancro colorrectal, cribar a poboación con risco alto de padecer a enfermidade e facer o diagnóstico precoz dela.

OBXECTIVOS:

- Diminuír a incidencia do cancro colorrectal
- Aumentar a supervivencia e a calidade de vida dos pacientes diagnosticados de cancro colorrectal.

BARREIRAS:

- Ausencia de programas de cribado para poboacións de risco alto ou moderado.
- Baixa taxa de participación nos programas piloto de cribado mediante sangue oculto en feces.
- Riscos derivados da realización de colonoscopia.

ACCIÓNS:

- Establecer as bases para o desenvolvemento dun programa de cribado poboacional, mediante detección de sangue oculto en feces, en poboación de risco leve e moderado (homes e mulleres de 50 a 69 anos).
- Elaborar protocolos de identificación e seguimento das persoas de alto risco de padecer cancro de colon.
- Establecer a estrutura organizativa asistencial que permita garantir o seguimento das persoas de alto risco segundo os protocolos establecidos.
- Establecer liñas de atención preferente para as persoas con sintomatoloxía de cancro colorrectal.

CRITERIOS DE CALIDADE:

- Protocolos de detección de persoas con risco alto de padecer cancro colorrectal e vía preferente de acceso para elas en todos os hospitais do Sistema Público de Saúde de Galicia (100%).
- Seguimento, segundo o protocolo establecido, ás persoas de alto risco detectadas e adheridas ao plan de diagnóstico precoz.

SUBLIÑA 6.3 CANCRO DE MAMA

- **ENUNCIADO:** Reducir o impacto do cancro de mama nas mulleres galegas.

OBXECTIVOS:

- Reducir a mortalidade por cancro de mama na muller galega.
- Aumentar o diagnóstico precoz da enfermidade.

BARREIRAS:

- Gran prevalencia de cribado oportunista e de revisións rutineiras de saúde nos hospitais, en detrimento da atención ás mulleres con enfermidade.
- Información pouco rigorosa nos medios de comunicación acerca do cribado.

ACCIÓNS:

- Estimular a participación no Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM) das mulleres de 50-69 anos.
- Minimizar, no posible, o cribado oportunista.
- Analizar as causas que ocasionan que algúns indicadores do PGDPCM estean por debaixo do desexable.
- Optimizar os tempos de espera para diagnóstico e tratamento nas mulleres ás que a proba de cribado lles deu un resultado positivo.
- Elaborar protocolos de identificación, cribado e seguimento das persoas de alto risco de padecer cancro de mama.

- Establecer a estrutura organizativa asistencial que permita garantir o cribado e seguimento das persoas de alto risco segundo os protocolos establecidos.
- Establecer liñas de atención preferente para as persoas con sintomatoloxía de cancro de mama.
- Minimizar, no posible, o cribado oportunista, establecendo claramente os criterios de solicitude de mamografía e os mecanismos que permitan a derivación ao PGDPCM das solicitudes de mamografía en mulleres asintomáticas do grupo de idade de 50-69 anos.
- Continuar co seguimento dos estándares de calidade do PGDPCM, analizando a información e propoñendo medidas para situar os indicadores por riba do nivel establecido como desexable nas guías europeas.
- Elaboración de información técnica en termos comprensibles para a poboación acerca do PGDPCM.

CRITERIOS DE CALIDADE:

- Taxa de participación no PGDPCM por riba do 75 % en calquera grupo de idade.
- Elaboración e implantación de protocolos de identificación, manexo e derivación das mulleres de alto risco ou con sintomatoloxía de cancro de mama en todos os hospitais do Sistema Público de Saúde de Galicia.

7. PRINCIPAIS RECOMENDACIÓNS DO PLAN

- Constitución dunha comisión autonómica e designación de coordinador, para o seguimento e desenvolvemento da estratexia.
- Creación de estruturas organizativas funcionais nos centros e áreas de saúde.
- Reorganización e revisión dos recursos para a atención ao cancro en Galicia.
- Posta en marcha de procesos asistenciais integrados e interniveis.
- Formación en bioética e comunicación aos profesionais que atenden pacientes con cancro e familia.
- Profesionais médico e de enfermaría de referencia.
- Creación dun modelo para a acreditación de centros que favoreza a coordinación dos centros periféricos e os de referencia.
- Creación dunha comisión de investigación do cancro en Galicia.
- Propoñer coordinación en investigación traslacional.
- Posta en marcha do banco de tumores.
- Establecemento de medidas contra o hábito tabáquico.
- Coordinación na prevención e diagnóstico precoz do cancro, con especial atención ao cancro de mama, de pulmón e colorrectal.

8. COMPROMISO COA CIDADANÍA

- Diminución de barreiras á asistencia, a través de medidas de coordinación entre os recursos sanitarios co fin de aumentar a accesibilidade do cidadán e a resposta do sistema sanitario.
- Cada paciente e familia con problema de saúde de cancro terá un profesional de referencia, que coordine e sexa enlace entre el e a organización sanitaria.
- Porase atención na persoa enferma e a súa familia en toda a súa integridade, coordinando os recursos da organización para unha atención bio-psico-social.
- Garantírase a todo cidadán galego a información necesaria acerca da prevención e o tratamento do cancro.
- Ao cidadán galego ofreceráselle privacidade, confidencialidade e dignidade na atención.
- Achegaranse ao cidadán galego os resultados da investigación científica para que este poida acceder ás últimas melloras existentes en materia de prevención, diagnóstico e tratamento do cancro.
- Aseguraráselles aos cidadáns galegos espazos libres de fume.
- Ofreceranse medidas de coordinación para o diagnóstico precoz do cancro.

Os cidadáns galegos contarán cun sistema que asegure a capacidade dos centros para a atención coordinada dos pacientes con cancro e os seus familiares.

9. BIBLIOGRAFÍA

Alonso de la Iglesia B, Cerdá Mota T. Fomento de los espacios públicos sin humo: la experiencia de Galicia. *Gac Sanit.* 1999;13:9003.

Anteproxecto de Lei Integral en materia de Drogodependencias e outros trastornos aditivos. Versión: 14-03-08. Secretaría Xeral da Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

ASCO-ESMO Consensus Statement on Quality Cancer. Care. *Journal of clinical oncology.* Vol 24. Nº 21. Julio 2006.

Boletín Epidemiolóxico de Galicia. Vol. XVI (ano 2003), nº 6.

Botana M, Fernández-Villar A, Represas C, Leiro V, Núñez, M, Piñeiro I. Cáncer de pulmón en el área sur de Galicia. Cambios epidemiológicos y clínicos en la última década. *Pneuma.* 2007; 9:13-18.

Cayuela A, Rodríguez-Domínguez S, Vigil Martín E, Barrero Candau R. Cambios recientes en la mortalidad por cáncer de próstata en España: estudio de tendencias en el período 1991-2005. *Actas Urol Esp.* 2008;32(2):184-189.

Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2001.

Consejería de Salud. II Plan Integral Oncológico de Andalucía: 2007-2012. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2007.

Consellería de Sanidade. A Nosa Saúde en Cifras. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. 2005.

Consellería de Sanidade. Plan de Atención Integral á Saúde da Muller de Galicia. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2007.

Consellería de Sanidade. Plan de Saúde de Galicia 2006-2010. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2006.

Consellería de Sanidade. Plan Oncolóxico de Galicia 2002-2005. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2002.

Consellería de Sanidade. Sistema Sanitario de Galicia. Memoria 2006. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2008.

Cortes C.; Terol J.; Torres A.; Temes J.L. Gestión de Procesos Asistenciales. Aplicación Práctica. Madrid: McGraw-Hill; 2001.

Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD005634. DOI: 10.1002/14651858.CD005634.pub2.

Department of Health. The NHS Cancer Plan: a plan for investment, a plan for reform. London: National Health Service. Department of Health; 2000.

Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa Galego de Detección Precoz do Cancro de Mama (PGDPCM). Resultados 1992-2006. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2008.

Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD003751. DOI: 10. 1002/ 14651858. CD003751.pub2.

Grupo de estudio del carcinoma broncopulmonar de la SOCALPAR. Incidencia del carcinoma broncopulmonar en Castilla-León durante el año 1997. Estudio multicéntrico de la Sociedad Castellano-Leonesa de Patología Respiratoria (SOCALPAR). Arch Bronconeumol. 2000;36:313-8.

Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD003716. DOI: 10. 1002/ 14651858. CD003716

Jooste K. Leadership: a new perspective. J Nurs Manag. 2004; 12 (3) , 217–223.

Kramer, M., Schmalenberg, C., Lippincott, W. Development and Evaluation of Essentials of Magnetism Tool. J Nurs Adm. 2004; 34 (7-8): 365-78.

La Voz de Galicia, 4/9/2008, http://www.lavozdegalicia.es/galicia/2008/09/04/0003_7111412.htm

Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002)

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29-5-2003).

Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-4-1986).

Libro Blanco de la Oncología 1ª, 2ª, 3ª ediciones 1988, 1995, 2002. FESEO.

López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Nebot M, Montes A, Ariza C et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. Tobacco Control 2007; 16: 373-377.

Malcolm C, Forbat L, Knighting K, Kearney N. Exploring the experiences and perspectives of families using a children's hospice and professionals providing hospice care to identify future research priorities for children's hospice care. Palliat Med. 2008 Oct 6

Matejić B, Kesić V, Marković M, Topić L. Communications about cervical cancer between women and gynecologists in Serbia. *Int J Public Health*. 2008 Sep 29

Mengíbar M, del Río S, Terol J. Gestión del cambio. En: Temes JL Mengíbar M. *Gestión Hospitalaria*, 4ª edición. Madrid: McGraw Hill; 2007.

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

Ministerio de Sanidad y Consumo. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Montero C, Rosales M, Otero I, Blanco M, Rodríguez G, Peterga S, Pita S, Vereá H. Cáncer de pulmón en el Área Sanitaria de A Coruña: incidencia, abordaje clínico y supervivencia, *Arch Bronconeumol*. 2003;39 (5):209-16.

Mortalidade en Galicia 1980-1997. Documentos Técnicos de Saúde Pública. Serie B, n.º 22 (CD-Rom). Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; 2000.

Peto et al. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford: Oxford University Press, 1994.

Pita Fernández S, Borbujo Martínez C, López-Docasar ME. Sobre el manejo de los pacientes con cáncer terminal. *Aten Primaria* 1995;15:125.

Plan de Asistencia Sanitaria al tabaquismo en Galicia 2008-2010. Disponible en http://chus.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=62312

Primer Estudio Sociológico sobre la Percepción del Cáncer en España. Sociedad Española de Oncología, 2007. Disponible en http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/salaprensa/notasprensa/2007/dossier_estudio_cancer.pdf

Red Gallega de Investigación sobre Cáncer Colorrectal. Accesible en <http://red-ccr-gl.imerid.udc.es/>.

Rezola Solaun R, Sanzo Ollakarizketa M. Incidencia, tendencia y supervivencia del cáncer de pulmón, por tipos histológicos en Guipuzkoa (1983-1992). *Rev Clin Esp*. 1999;199:208-14.

Sánchez de Cos Escudín J, Riesco Miranda JA, Antón Martínez J, Díaz P, Márquez L, Medina JF, et al. Incidencia del carcinoma broncopulmonar en extremadura durante el año 1998. *Arch Bronconeumol*. 2000;36: 381-4.

Servicio Andaluz de Salud. Evaluación de Normas de Calidad de los Procesos Asistenciales Integrados en Atención Especializada. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud; 2004.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2008; 149 (9): 627-37. Disponible en <http://www.annals.org/cgi/content/full/000605-200811040-00243v1>

US National Institutes of Health. National Cancer Institute. Surveillance Epidemiology and End Results. Cancer statistics review 1973-2005. Disponible en <http://seer.cancer.gov>.

WHO/IARC. Globocan 2002.

10. PARTICIPANTES

Coordinadores:

D. Rafael López López, presidente da Sociedade de Oncoloxía de Galicia.

D. Jesús Santiago Ares Martínez, subdirector xeral de Procesos Asistenciais. Servizo Galego de Saúde.

Responsables por liña estratéxica:

LIÑA	RESPONSABLE
L.1 Coordinación asistencial	D. Rafael López López Oncólogo. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago D. Xan Vieito Fuentes Radiólogo. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo
L.2 Calidade percibida	D. Benigno Acea Nebril Cirurxián. Director Asistencial. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.
L.3 Acreditación	D Manuel Caeiro Muñoz. Radioterapeuta. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.
L.4 Investigación	D. Jesús García Mata Oncólogo. Complexo Hospitalario de Ourense
L.5 Monitorización e seguimento	D. Francisco. Barón Duarte Oncólogo. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago D ^a . Ángela L. García Caeiro Técnico. Servizo de Procesos Asistenciais.

	División de Asistencia Sanitaria
L.6 Prevención e diagnóstico precoz	D. Bernardino Pardo Teijeiro. Médico Atención Primaria. Lugo.

LIÑA 1: Coordinación asistencial

Coordinación intrahospitalaria:

D. José Enrique Casal Núñez	Xefe Servizo Cirurxía. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo
D. Ángel Facio Villanueva	Director de Procesos Médicos. Área Sanitaria de Ferrol
D ^a . Concepción Fiaño Valverde	Patóloga. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo
D. José María García Prim	Cirurxián torácico. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago
D. Antonio Gómez Caamaño	Radioterapeuta. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago
D. Andrés Rodríguez Alonso	Urólogo. Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol
D ^a . Rafaela Soler Fernández	Radióloga. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña
D ^a . Paz Vázquez Castro	Servizo de Admisión Hospitalaria. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña
D. Sergio Vázquez Estévez	Oncólogo. Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo
D ^a . Carmen Zueco Zueco	Radióloga. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

Coordinación extra e interhospitalaria

D. Rosendo Bugarín González	Médico de Atención Primaria. Santiago de Compostela
-----------------------------	---

D. Alberto Fernández Villar	Pneumólogo. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo
D ^a . M ^a Rosario García Campelo	Oncóloga. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.
D. Leopoldo López Rosés	Dixestólogo. Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo
D. Alfonso Mariño Coteló	Radioterapeuta. Centro Oncolóxico de Galicia
D. Francisco Jose Pazos Soto	Xerente Hospital Virxe da Xunqueira de Cee
D. Jorge Peinó Andino	Admisión Hospitalaria. Complexo Hospitalario Xeral-Calde Lugo
D. Alfredo Valdés Paredes	Médico de Atención Primaria. Ourense
D ^a . Francisca Vázquez Rivera	Oncóloga . Complexo Hospitalario Universitario de Santiago
D. Luciano Vidan Martínez	Hospitalización a Domicilio. A Coruña

LIÑA 2: Calidade percibida

Secretaria:	
D ^a . Berta Candia Bousó	Unidade de Calidade. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña
D ^a . Lourdes Calvo Martínez	Oncóloga. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña
D ^a . Carmen Cereijo Garea	Supervisora de Área. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña
D ^a . Carmen Fernández Pretel	Xefa de Atención ao Paciente. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña
D ^a . Áurea González Rodríguez	Presidenta. Asociación Punto-e-seguido
D ^a . Manuela Leiro Lois	Supervisora de Enfermaría. Hospital de día de

	Oncoloxía. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.
D ^a . Palmira Ric Benito	Psicóloga. Asociación Española contra o Cancro

LIÑA 3: Acreditación

Secretario: D. Joaquín Casal Rubio	Oncólogo. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo
D. Luis Campos Villarino	Medicina Nuclear. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo
D. Miguel Ángel Cañizares Carretero	Cirurgián Torácico. Oncólogo. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo
D. Manuel Constenla Figueiras	Oncólogo. Complexo Hospitalario de Pontevedra
D. José Luis Fírvida Pérez	Oncólogo. Complexo Hospitalario de Ourense
D. Julio García Comesaña	Radiofísico. Director de Centro. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo
D. Ángel de la Orden Frutos	Xinecólogo. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo
D. Jesús Federico Sánchez Nebra	Cirurgián. Hospital do Salnés.
D ^a . Concepción Victoria Fernández	Radioterapeuta. Complexo Hospitalario de Ourense

LIÑA 4: Investigación

Secretaria: D ^a . Mercedes Salgado Fernández	Oncólogo. Complexo Hospitalario de Ourense
---	--

D ^a . Elena Álvarez Gómez	Oncólogo. Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo
D. Juan Antonio Carrasco Álvarez	Oncólogo. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.
D. Juan de la Cámara Gómez	Oncólogo. Área Sanitaria de Ferrol
D ^a . Rosario García Campelo	Oncóloga. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.
D ^a . Begoña Graña Suárez	Oncóloga. Área Sanitaria de Ferrol
D ^a . M. Dolores López Vázquez	Radioterapeuta. Complexo Hospitalario de Ourense
D ^a . Isabel Lorenzo Lorenzo	Oncóloga. Complexo Hospitalario de Pontevedra
D. Manuel Ramos Vázquez	Centro Oncolóxico de Galicia A Coruña

LIÑA 5: Monitorización e seguimento

D. Juan Cueva Bañuelos	Oncólogo. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago
D. Alberto Malvar Pintos	Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública.
D. Rafael Rodríguez Brea	Técnico. Servizo de Procesos Asistenciais. División de Asistencia Sanitaria
D. Jorge Suanzes Hernández	Coordinador do Sistema de Información de Cancro de Galicia. Servizo de Codificación. Subdirección Xeral de Información e Servizos Tecnolóxicos

LIÑA 6: Prevención e diagnóstico precoz

D. Antonio Fernández	Director Médico. Complexo Hospitalario Xeral-Calde
----------------------	--

López	de Lugo
D. Germán Fernández López	Médico de Atención Primaria. Centro de Saúde Castro de Ribeiras de Lea (Lugo)
D. Ángel Lancho Seco	Dixestólogo. Complexo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo)
D. Luis Mateo Cambón	Urólogo. Complexo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo)
D. Luis Pérez de Llano	Pneumólogo. Complexo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo)
D. Manuel Vázquez Caruncho	Radiólogo. Complexo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo)

TRABALLO REALIZADO COA INESTIMABLE COLABORACIÓN DE MERCK