

PLAN INTEGRAL CONTRA EL CÁNCER EN EXTREMADURA



2017-2021

JUNTA DE EXTREMADURA

ÍNDICE

PÁGINA

PRÓLOGO	5
PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN.....	9
1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	9
2. MARCO NORMATIVO	10
3. OBJETIVO GENERAL Y PRINCIPIOS DEL PLAN INTEGRAL.....	11
METODOLOGÍA.....	12
ANÁLISIS DE SITUACIÓN	15
1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN CON EL CÁNCER.....	15
Envejecimiento de la población extremeña	18
Esperanza de vida	21
Aspectos socioeconómicos	22
2. ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL CÁNCER.....	26
Estilos de vida	26
Alimentación inadecuada	26
Sedentarismo	29
Exceso de peso y obesidad	30
Consumo de tabaco	33
Consumo excesivo de alcohol	36
Riesgo ocupacional	38
Radiaciones ultravioletas	41
Infecciones.....	42
3. PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER. PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ.....	43
Actuaciones específicas de prevención secundaria del cáncer en extremadura	43
Cáncer de mama.....	43
Cáncer de cérvix	45
Cáncer colorrectal	45
Cribado en otros tipos de cáncer	46
Consejo genético en síndromes de predisposición hereditaria al cáncer	46
4. TRASCENDENCIA DEL CÁNCER.....	48
Mortalidad motivada por el cáncer	48
Mortalidad por cáncer	48
Años potenciales de vida perdidos por cáncer (APVP).....	52
Morbilidad hospitalaria por cáncer	53
Morbilidad por cáncer en atención primaria	56
Estimaciones de incidencia del cáncer	57
Supervivencia del cáncer.....	58
Tumores infantiles.....	59

5. RECURSOS Y ACTUACIONES EN RELACIÓN CON EL CÁNCER	63
Servicios Sanitarios	63
Salud Pública	63
Participación Comunitaria en Salud	63
Asociaciones de Pacientes y Familiares en relación con el cáncer en Extremadura	64
Recursos y actuaciones para fomentar el ejercicio físico	65
Recursos y actuaciones sobre el consumo de tabaco y alcohol	65
Atención Primaria	66
Atención Especializada	67
Telemedicina	68
Urgencias y Emergencias Sanitarias	70
Unidades de Evaluación y Tratamiento del Dolor	71
Cuidados Paliativos	72
6. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EL CÁNCER	76
7. FORMACIÓN	78
8. INVESTIGACIÓN	80
9. SISTEMAS DE INFORMACIÓN	82
10. SOSTENIBILIDAD	83
11. EVALUACIÓN DEL PICA 2013-2016	86
12. CONCLUSIONES	87
ÁREAS DE INTERVENCIÓN, OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN	90
1. PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER	90
2. ASISTENCIA AL CÁNCER EN ADULTOS	99
3. ASISTENCIA AL CÁNCER INFANTIL Y JUVENIL	102
4. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER Y SUS FAMILIAS	105
5. INSTRUMENTOS DE APOYO A LA ATENCIÓN DEL CÁNCER	108
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	114
FINANCIACIÓN DEL PLAN INTEGRAL	115
ANEXOS	116
1. DECRETO 71/2007, DE 10 DE ABRIL, POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO ASESOR SOBRE EL CÁNCER DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA	116
2. ABREVIATURAS	119
3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
4. GRUPOS DE PERSONAS EXPERTAS DEL PICA 2017-2021	125
TABLA DE SEGUIMIENTO DEL PICA 2017-2021	127

PRÓLOGO



Tras la reciente finalización de su proceso de elaboración, me es grato presentar el *Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura (PICA 2017-2021)*. Con su aprobación, se da continuidad a la Estrategia, iniciada en el año 2002, frente al Cáncer de Extremadura, para los próximos cinco años.

Este Plan, como el resto de planes y programas relacionados con la salud en nuestra Comunidad Autónoma, se haya en el marco del *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*, que establece entre otras cuestiones, dar continuidad a los planes y estrategias, dirigidas al abordaje de las enfermedades y problemas de salud, de mayor prevalencia e incidencia en nuestro entorno y en nuestra Comunidad. Estrategias que irán dirigidas a la prevención, el diagnóstico precoz y tratamiento, la rehabilitación y la mejora de la supervivencia general y de la calidad de vida de los pacientes con cáncer y de sus familias, a lo que se añade su importante magnitud, su trascendencia o su elevada morbimortalidad.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, más del 40% de todos los cánceres se podrían prevenir y se estima que más del 35% están relacionados con los estilos de vida. Estos datos invitan a llevar a cabo un abordaje global en la prevención, a través de la modificación de esos estilos de vida, de la mano de la promoción de la salud y, en especial, de la Educación para la Salud (EpS).

El Cáncer es una patología multifactorial en la que se combinan, tanto factores genéticos como factores externos, estilos de vida y medio ambiente. En la actualidad, se considera que los factores de riesgos relacionados con el estilo de vida más relevantes son: el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la dieta diaria poco saludable, el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, ciertas infecciones y/o la exposición solar y/o a sustancias cancerígenas.

Por todo ello, la trascendencia en su abordaje, de la prevención, control y sensibilización, para la adquisición de hábitos de vida saludables, especialmente desde el ámbito de la Salud Pública y Comunitaria, que deberá contar en la lucha frente al cáncer, con la participación de todas las partes implicadas: la sociedad en general; los pacientes y familiares; los profesionales y directivos, en especial los del Sistema Sanitario Público, y la Administración Autonómica de Extremadura, no solo la sanitaria.

En estos momentos, se inician nuevos y trascendentales procesos, que abarcarán desde su implantación en todas las áreas de salud de Extremadura, su completo desarrollo, hasta su posterior y continuado seguimiento y evaluación, para su monitorización, y de ellos dependerá el grado de cumplimiento alcanzado tras la finalización de su periodo de vigencia, para lo que resultara imprescindible aunar esfuerzos.

En el deseo de que este documento, fruto del trabajo y el consenso de diversos profesionales, asociaciones, sociedades científicas, colegios profesionales, representantes de pacientes y familiares, sea un instrumento útil, que de respuesta a las necesidades que demanda la sociedad actual,

Mi más sincero reconocimiento y agradecimiento, a cuantos han participado en este proyecto por su esfuerzo y participación.

José Mª Vergeles Blanca
Consejero de Sanidad y Políticas Sociales

PRESENTACIÓN



El cáncer continúa siendo una epidemia a nivel mundial, con unas importantes repercusiones en nuestra Comunidad Autónoma tanto a nivel económico como de coste en vidas, y con una perspectiva poco favorable para los próximos años como consecuencia, esencialmente, del aumento de la esperanza de vida.

En los últimos 20 años, el número de tumores diagnosticados ha experimentado un crecimiento constante en España debido no sólo al aumento de esa esperanza de vida, sino también a las técnicas de

detección precoz y de screening poblacional o cribado, mediante las cuales cada vez se detectan más tumores en estadios precoces sin que hayan dado lugar a síntomas y por lo tanto con unos resultados mucho mejores de cara al tratamiento. Por ello, aunque el riesgo de desarrollar un cáncer ha aumentado, afortunadamente el riesgo de mortalidad por cáncer ha ido disminuyendo de forma considerable en las últimas dos décadas.

Múltiples evidencias sugieren que los hábitos alimentarios y de estilo de vida se relacionan con el riesgo de cáncer, en concreto alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se deben a factores de riesgo relacionados con esos estilos de vida y la alimentación: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol son factores de riesgo importantes, que además se asocian con otras patologías y problemas de salud. Solo el tabaquismo ocasiona aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer.

Es precisamente en estos aspectos, prevención primaria y secundaria, donde vamos a poder actuar de una forma más decidida y donde, desde este Plan, pretendemos actuar sobre la incidencia y la morbilidad del cáncer en nuestra Comunidad Autónoma. Además, debemos seguir insistiendo en aquellos aspectos esenciales del tratamiento que nos permitan unos resultados mejores, tanto a nivel de supervivencia como de calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

En esta edición del Plan (2017-2021) seguimos apostando por la promoción de la salud y de los hábitos de vida saludables, el diagnóstico precoz y una atención integral y multidisciplinar a los pacientes con cáncer que nos permita mejorar la calidad de vida de las personas enfermas, sus familias y cuidadores. Además, los objetivos y actuaciones contemplados en el mismo se encuentran en línea con la política económica y sociosanitaria de la Junta de Extremadura constituyendo una herramienta importante, junto con otros planes, para la eficiencia y sostenibilidad del sistema.

Es importante destacar algunos aspectos que se recogen en esta edición del PICA y que van a contribuir de manera decidida al desarrollo del mismo, como son:

- La promoción decidida de estilos de vida saludables a través de diversos programas y actuaciones, en la que se van a implicar varios organismos e instituciones.
- La detección precoz en aquellos tipos de cáncer que se haya demostrado su efectividad.
- Potenciar la atención a niños/as y adolescentes con cáncer.
- Potenciar los cuidados paliativos.
- La apuesta por la formación y la investigación en cáncer.
- La necesidad de disponer de Registros que nos permitan programar las actuaciones pertinentes.

Desde la primera edición de este Plan Integral del Cáncer en Extremadura (PICA), hace ya diez años, los pasos dados han sido importantes, aunque todavía nos queda mucho por andar en una

enfermedad que se espera siga aumentando en los próximos años. Necesitamos la implicación y el compromiso de todos para lograr llevar a buen fin los objetivos y líneas de actuación recogidos en él.

Por último, mi más sincero agradecimiento a todos los participantes, instituciones, organismos y asociaciones que han colaborado de forma activa a lo largo del proceso de elaboración, por su esfuerzo y dedicación, y sin los cuales no hubiera sido posible el Plan que ahora presentamos.

Luis Tobajas Belvís

*Director General de Planificación, Formación
y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias*

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Bajo la denominación de cáncer se engloba un grupo amplio de enfermedades, distintas en cuanto a posibles causas, pronóstico y tratamiento, pero relacionadas entre sí. El proceso canceroso se produce porque algunas células del cuerpo, que se vuelven atípicas, comienzan a crecer y se multiplican de forma rápida y desorganizada, como consecuencia de alteraciones en genes que regulan los procesos celulares normales. Estas alteraciones pueden aparecer como consecuencia de errores aleatorios en la réplica, exposición a carcinógenos o por defectos en los procesos de reparación del ADN. Las células cancerosas, que en principio aparecerán en un órgano determinado, pueden invadir a través de la sangre o la linfa otros órganos o tejidos, originando las metástasis.

El cáncer constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Es la segunda causa de muerte, con 8,8 millones de defunciones en 2015, lo que supone que casi una de cada seis defunciones se debe a esta enfermedad. Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se deben a factores de riesgo relacionados con los estilos de vida y la alimentación: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol son factores de riesgo importantes, que además se asocian con otras patologías y problemas de salud. Solo el tabaquismo ocasiona alrededor del 22% de las muertes por cáncer.

La edad avanzada es otro factor importante y el principal factor de riesgo no modificable para padecer un cáncer. El envejecimiento de la población, por una mayor esperanza de vida y una importante reducción de la mortalidad infantil, han aumentado la incidencia de los casos de cáncer; y, por otra parte, una supervivencia cada vez mayor y una importante reducción de la mortalidad han supuesto un aumento de la prevalencia de enfermos de cáncer. Cada año aumenta en nuestro entorno su incidencia, pero también disminuye su mortalidad, lo cual refleja importantes avances en el diagnóstico precoz y en el tratamiento del mismo.

En España y en Extremadura, el cáncer es globalmente la segunda causa de muerte tras las enfermedades cardiovasculares, si bien es la primera causa en varones. También es la primera causa en años potenciales de vida perdidos para ambos sexos y una de las grandes causas de morbilidad hospitalaria. Además, es una causa fundamental de discapacidad y de disminución de la calidad de vida, lo que acarrea unos costes económicos y sociales importantes y que van en aumento, por lo que es fundamental establecer políticas que puedan responder adecuadamente a esta situación.

En 2013, la OMS puso en marcha el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*, cuyo objetivo es reducir en un 25% la mortalidad prematura causada por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas hasta 2025. Aparte de las medidas de educación y promoción de la salud, la OMS también pone énfasis en medidas para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer a través de: sensibilización de la población acerca de los síntomas del cáncer, fortalecimiento de los servicios de salud en los aspectos relacionados con el diagnóstico precoz y la formación de los profesionales para que se realicen diagnósticos exactos y oportunos.

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad así como las diferentes Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), han puesto en funcionamiento distintas estrategias para luchar contra los principales problemas de salud. En este sentido la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud aprobada en 2006, está siendo revisada y actualizada incidiendo especialmente, al igual que el resto de estrategias relacionadas con las enfermedades crónicas, en aquellas medidas que tienen que ver con la promoción de la salud, la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer.

En nuestra Comunidad Autónoma, el *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020* contempla dar continuidad al Plan Integral del Cáncer, con la elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del PICA 2013-2016 y sucesivos, con el objetivo de reducir la incidencia y la

morbimortalidad asociada a estas patologías, así como mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las personas con cáncer y sus familias. En Extremadura es necesario dar continuidad a las estrategias iniciadas en el Plan anterior, para alcanzar una atención integral en los apartados de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia, rehabilitación y reinserción, cuidados paliativos y en los instrumentos de apoyo (formación, investigación y sistemas de información). También resultan prioritarias la mejora de la información a la ciudadanía y los profesionales, así como la reducción de inequidades, incluyendo en este ámbito la perspectiva de género.

En el desarrollo y ejecución de este Plan han de estar presentes todos los sectores implicados. Por una parte los profesionales, que son los encargados de aportar los conocimientos y los avances científicos y técnicos en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, a la vez que transmitir a la población aquellos aspectos fundamentales que van a permitir la prevención de ésta y otras patologías relacionadas fundamentalmente con la alimentación adecuada y los estilos de vida. Por otra parte la Administración, en su papel de facilitadora de los recursos y herramientas apropiadas que posibiliten alcanzar unos resultados aceptados y aceptables por parte de todos. Y por último, y no por ello menos importante, los pacientes, las asociaciones y la comunidad en general, cuyo papel ha de traspasar la de meros receptores de los servicios y prestaciones, situándose como actores principales de todo el proceso y, por tanto, corresponsables del mismo.

En definitiva, este Plan se enmarca dentro de los objetivos y estrategias contemplados en el *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020* buscando la sinergia con otros Planes recogidos en el mismo, como el Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura, Plan Integral de Diabetes de Extremadura, Plan Integral de Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas, Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura, Estrategia de Atención a la Cronicidad, etc., con el fin de mejorar la prevención y los resultados clínicos, así como la calidad de vida de la población afectada por este tipo de dolencias.

2. MARCO NORMATIVO

El marco normativo que afecta al Plan Integral contra el Cáncer 2017-2021 está compuesto por las siguientes disposiciones:

- La Constitución Española de 1978 reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Asimismo dispone que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene (artículo 148.1.21ª).
- En este ámbito, la Ley Orgánica 1/1983, de 25 de febrero, del Estatuto de Autonomía de Extremadura, en su artículo 8.4 atribuye a nuestra Comunidad Autónoma las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene, centros sanitarios y hospitalarios públicos, y coordinación hospitalaria en general.
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, representa la respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre protección de la salud, destacando el protagonismo y la suficiencia de las Comunidades Autónomas para diseñar y ejecutar una política propia en materia sanitaria.
- La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, establece entre las diferentes competencias de la Junta de Extremadura con relación al Sistema Sanitario Público de Extremadura, la planificación y ordenación de las actividades, programas y servicios sanitarios y sociosanitarios (artículo 7.2.c).
- La Orden Ministerial SCO/1225/2003, de 8 de mayo, por la que se establecen las directrices para la elaboración del Plan Integral del Cáncer, con la asignación de responsabilidades, objetivos, áreas de intervención y metodología de trabajo para el diseño del mismo.
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, dispone en su artículo 64 la elaboración, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar. Las Comunidades Autónomas, una vez establecidos los estándares generales, bases y criterios, organizarán sus servicios de acuerdo con el modelo que

más se adapte a sus peculiaridades y necesidades. En virtud de la misma se han elaborado los distintos Planes de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y la Estrategias en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.

- El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 priorizó, como uno de sus objetivos, *"la elaboración y puesta en funcionamiento, antes de 2007, del Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura, con la meta de reducir la incidencia y la morbimortalidad atribuible al cáncer en la población extremeña"*.
- El Decreto 71/2007, de 10 de abril, por el que se crea el Consejo Asesor sobre el Cáncer del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE).
- La Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura.
- El Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 prioriza, como uno de sus objetivos, *"Dar continuidad al Plan Integral del Cáncer, con la elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del PICA 2013-2016, y sucesivos, con el objetivo de reducir la incidencia y la morbimortalidad asociada a estas patologías en Extremadura"*.
- El Decreto 265/2015, de 7 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales y se modifica el Decreto 222/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, indica en su artículo 3 que corresponde a la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias la elaboración y seguimiento del Plan de Salud, de los planes integrales de salud, así como del Plan Marco de Calidad Sanitaria y Sociosanitaria de Extremadura

3. OBJETIVO GENERAL Y PRINCIPIOS DEL PLAN INTEGRAL

El Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2017-2021 plantea como objetivo general reducir la incidencia y la morbimortalidad atribuible al cáncer en la Comunidad Autónoma, así como mejorar la calidad de vida de las personas enfermas, sus familias y cuidadores, de acuerdo con lo recogido en el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020.

Para ello va a sentar las bases que permitan desarrollar un abordaje integral y de calidad en los aspectos de promoción de la salud, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social, cuidados paliativos, sistemas de información, formación e investigación en el ámbito del cáncer en Extremadura. Todo ello sin perder de vista la perspectiva de género y su contribución a la sostenibilidad del sistema, incidiendo en aquellas cuestiones que constituyan bolsas de ineficiencia dentro del mismo y potenciando aquellas otras que hayan demostrado su efectividad y eficiencia.

Los principios rectores del Plan son los siguientes:

- a) Atención integral del cáncer.
- b) Reducción de inequidades y mejora de la información.
- c) Efectividad y eficiencia en las intervenciones.
- d) Coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria del SSPE.
- e) Adecuación de los servicios a las necesidades de la población.
- f) Satisfacción de los usuarios.
- g) Sostenibilidad del sistema.

Los destinatarios del Plan van a ser todos los habitantes de la Comunidad Autónoma, ya sean personas sanas o enfermas, y su desarrollo e implantación involucrará a todas las instituciones, entidades y profesionales que conforman el SSPE, particularmente al Servicio Extremeño de Salud, así como también a profesionales y gestores de los ámbitos sociosanitario, educativo y deportivo, y a la sociedad extremeña en general.

METODOLOGÍA

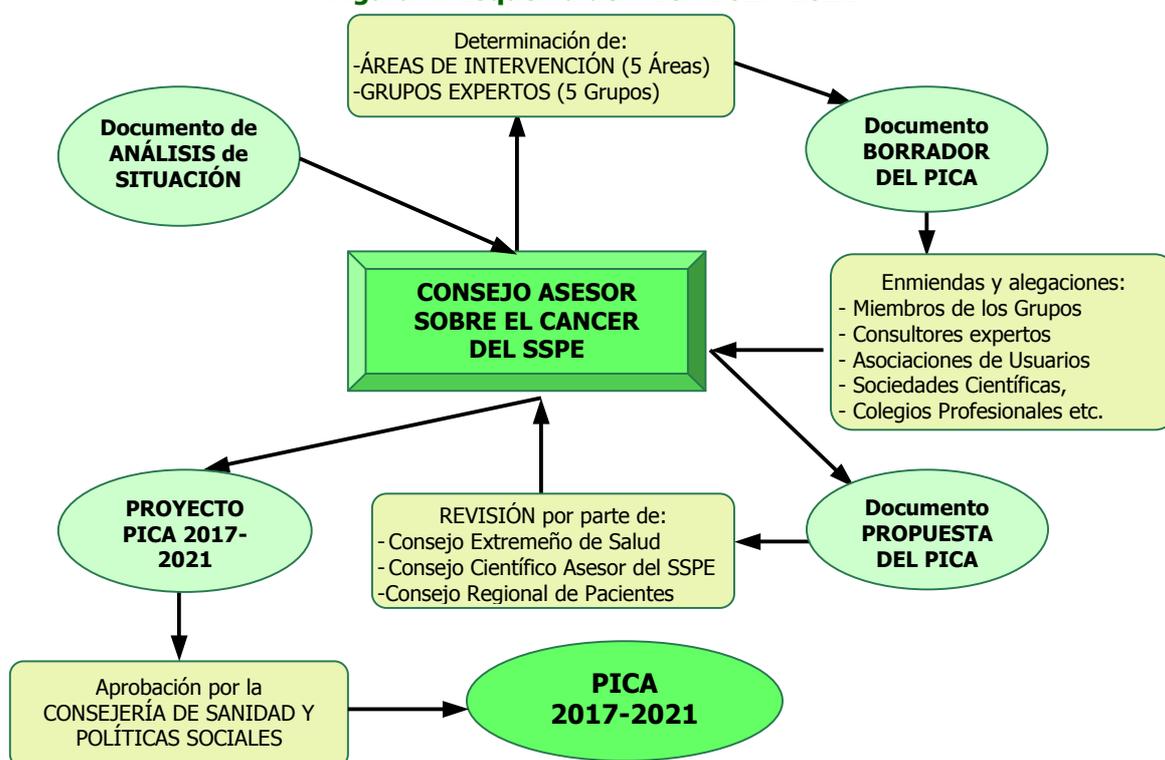
El Decreto 265/2015, de 7 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales y se modifica el Decreto 222/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, recoge en su artículo 3.1 que corresponde a la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias la elaboración de las directrices de la política sanitaria y sociosanitaria de la Comunidad Autónoma en materia de planificación, ordenación y coordinación, estableciendo en el apartado a) de ese mismo artículo que será de su competencia la "Elaboración y seguimiento del Plan de Salud, de los planes integrales de salud, así como del Plan Marco de Calidad Sanitaria y Sociosanitaria de Extremadura".

Establecida la competencia, la elaboración del Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2017-2021 (PICA 2017-2021) se ha planteado en un entorno participativo y abierto, basado en promover la cooperación multisectorial y la participación de la comunidad en su elaboración. De esta forma, los objetivos y actuaciones planteadas en el documento van a contar con una base que va a facilitar en todo momento la puesta en práctica de acciones interdisciplinarias en ámbitos como la promoción de hábitos saludables entre la población, prevención de factores de riesgo, rehabilitación y reinserción social, etc., facilitando la mejora del estado de salud y la calidad de vida de toda la ciudadanía extremeña.

La elaboración e implantación del PICA 2017-2021 es un proceso por etapas que, partiendo del análisis de la situación de salud, determina las correspondientes áreas de intervención, define los objetivos y líneas de actuación a desarrollar, y concreta el seguimiento y la evaluación final del Plan Integral. En este proceso desempeña un papel fundamental el CONSEJO ASESOR DEL CÁNCER DEL SSPE, regulado por el Decreto 71/2007 de 10 de abril, que actúa como director del proceso.

En la Figura A se esquematizan las actuaciones realizadas en el proceso de elaboración del PICA 2017-2021:

Figura A: Esquema del PICA 2017-2021



PICA: Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2017-2021.

SSPE: Sistema Sanitario Público de Extremadura.

A continuación se definen las distintas fases del proceso de elaboración del PICA 2017-2021:

a) Análisis de situación:

Por parte de la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias se llevó a cabo la elaboración del Documento de Análisis de Situación del Cáncer en Extremadura, en el que se estudió el estado de salud de la población extremeña, sus estilos de vida y su exposición a los principales factores de riesgo de padecer un tumor. Del mismo modo, se realizó un análisis de aspectos relacionados con la mortalidad, morbilidad, incidencia, vulnerabilidad, repercusión socioeconómica e importancia sociosanitaria del cáncer en Extremadura, para lo que se contó con los resultados de la evaluación del PICA 2013-2016. Este Documento de Análisis de Situación sirvió de base al Consejo Asesor del Cáncer del SSPE para establecer las áreas donde se deberían centrar las intervenciones del Plan. Con posterioridad, este documento fue proporcionado al resto de Grupos Expertos del PICA.

b) Determinación de las Áreas de Intervención y Grupos de Personas Expertas:

Estudiados y analizados los datos contenidos en el Documento de Análisis de Situación en cuanto a trascendencia sanitaria (morbimortalidad, mortalidad, vulnerabilidad, etc.) por parte del Consejo Asesor del Cáncer del SSPE, permitieron a este órgano definir las diferentes áreas que el Plan Integral debía desarrollar para conseguir un abordaje integral y de calidad del cáncer en Extremadura. Las áreas de intervención definidas son las siguientes:

1. Promoción de la salud y prevención del cáncer.
2. Asistencia al cáncer en adultos
3. Asistencia al cáncer infantil y juvenil.
4. Calidad de vida de los pacientes con cáncer
5. Instrumentos de apoyo a la asistencia del cáncer.

Asimismo, por parte del Consejo Asesor se establecieron los Grupos de Personas Expertas que deberían estudiar y proponer aquellos objetivos y actuaciones a llevar a cabo para cada una de las áreas definidas. En este caso se determinó la necesidad de un grupo para cada una de las Áreas de Intervención definidas que, además, contaría con un coordinador para cada uno de ellos. Ello supuso la participación de un total de 52 expertos pertenecientes a diferentes ámbitos.

c) Documento Borrador

Cada Grupo de Personas Expertas se encargó de elaborar un Documento Técnico correspondiente a su área de intervención. Durante esta etapa fue necesario mantener una comunicación continua y fluida entre los miembros de los mismos, a través de reuniones de trabajo, correo electrónico, etc., organizados a través del correspondiente coordinador de cada Grupo.

Por parte de la Secretaría del Consejo Asesor se llevó a cabo la integración de los cinco documentos técnicos elaborados en un solo documento, al que se añadió el Documento de Análisis de Situación del Cáncer en Extremadura, constituyendo todos ellos el Documento Borrador del Plan. En él se recogían tanto los objetivos estratégicos como las líneas de actuación que concretaban dichos objetivos, además de establecerse responsables e indicadores de evaluación, con objeto de facilitar el seguimiento y la evaluación final del Plan.

d) Documento Propuesta del PICA 2017-2021

El Documento Borrador del Plan fue remitido a un amplio número de profesionales, organismos e instituciones relacionados con el cáncer y representativos de usuarios, profesionales y Administración de Extremadura, con el fin de que todos ellos pudieran analizar de forma adecuada dicho documento

y realizar aportaciones en forma de observaciones, comentarios y/o modificaciones que en cada caso se considerasen oportunas, convenientemente justificadas.

Con posterioridad, por parte del Consejo Asesor del Cáncer del SSPE se procedió a revisar, de forma objetiva y consensuada, las aportaciones al Documento Borrador remitidas desde los distintos ámbitos de la sociedad extremeña. Las aportaciones admitidas fueron incorporadas al texto, redactándose con ellas el denominado Documento Propuesta del PICA 2017-2021.

e) Proyecto del PICA 2017-2021

Por parte de la Secretaría del Consejo Asesor del Cáncer del SSPE se remitió el Documento Propuesta del PICA 2017-2021 al Consejo Extremeño de Salud, al Consejo Regional de Pacientes y al Consejo Científico Asesor del SSPE, con el fin de que pudieran analizarlo y proponer posibles mejoras antes de su aprobación definitiva. Las aportaciones recibidas se integraron en el texto, redactándose con ellas el denominado Proyecto del PICA 2017-2021, que fue remitido a la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias.

f) PICA 2017-2021

El texto definitivo del PICA 2017-2021 fue aprobado por el titular de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, a propuesta del Director General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias.

A continuación se resumen todas las actuaciones llevadas a cabo durante el proceso de elaboración del Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2017-2021 en el Cronograma de la Figura B:

Figura B: Cronograma del PICA 2017-2021

CRONOGRAMA del PICA 2017-2021	Ene 2017	Feb 2017	Mar 2017	Abr 2017	May 2017	Jun 2017	Jul 2017
Documento de Análisis de Situación del Cáncer en Extremadura							
Determinación de las Áreas de Intervención y de los Grupos de Personas Expertas							
Elaboración del Documento Borrador del PICA 2017-2021 y remisión del mismo para propuestas							
Estudio de alegaciones y elaboración del Documento Propuesta del PICA 2017-2021							
Remisión del Documento Propuesta y Presentación del Proyecto del PICA 2017-2021							
Aprobación del Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2017-2021							

PICA: Plan Integral contra el Cáncer de Extremadura 2017-2021.

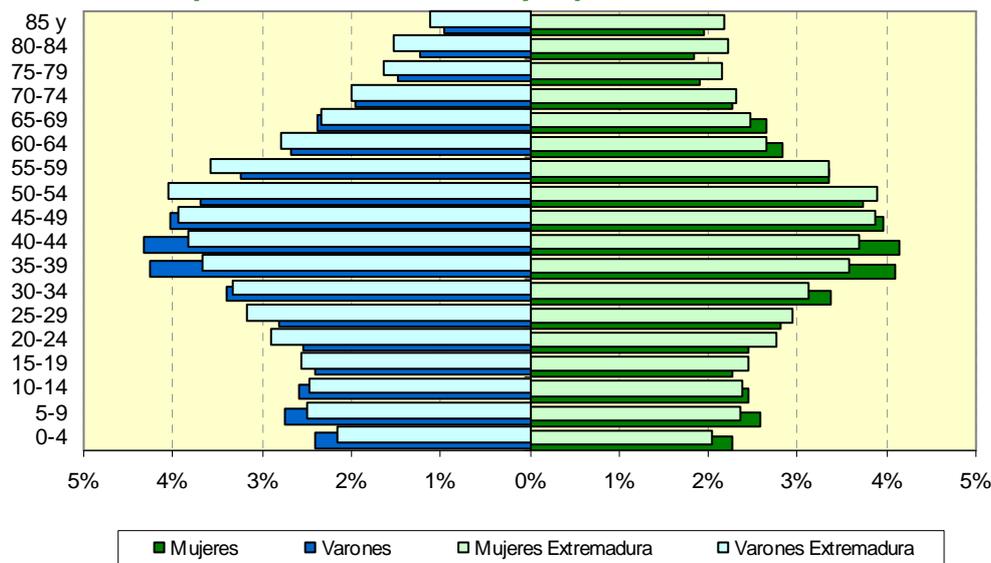
Por último, indicar que en los casos en que este Plan Integral utilice sustantivos de género gramatical masculino para referirse a personas, cargos o puestos de trabajo, debe entenderse que se hace por mera economía en la expresión, y que se emplean de forma genérica con independencia del sexo de las personas aludidas o de los titulares de dichos cargos o puestos, con estricta igualdad a todos los efectos.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN CON EL CÁNCER

La población de Extremadura a 1 de enero de 2016 asciende a 1.087.778 habitantes, 539.239 varones y 542.078 mujeres, según el Padrón Municipal de Habitantes coordinado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (Figura 1).

Figura 1. Pirámide de población. Extremadura y España. Año 2016

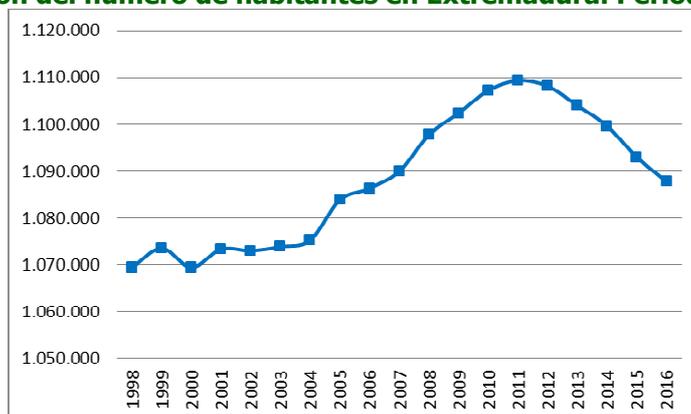


Fuente: INE. Padrón 2016

En la Figura 1 se aprecian cifras significativamente más elevadas de población mayor de 65 años, especialmente a partir de los 70 años de edad, así como datos demográficos inferiores de menores de 15 años en Extremadura respecto al Estado español.

La población en la Comunidad Autónoma se mantiene bastante estable durante las dos últimas décadas (Figura 2). En comparación con el Padrón del año 2000, el número total de habitantes en 2016 tan solo se incrementó en 18.358 personas (+1,7%).

Figura 2. Evolución del número de habitantes en Extremadura. Periodo 1998-2016



Fuente: INE. Padrón 2016

Por áreas de salud, son las Áreas de Badajoz y Cáceres las que presentan el número total más alto de personas entre 20-64 años y de mayores de 65 años (Tabla 1). A ellas les acompaña el Área de Salud de Mérida, respecto al número total más elevado de jóvenes menores de 20 años.

Tabla 1. Población en Extremadura por grupos de edad y por áreas de salud. Número total de habitantes y porcentaje relativo por sexo. INE 2016

Áreas de salud	Grupos de edad							
	0-19 años		20-64 años		65-79 años		≥ 80 años	
Badajoz	55.893	10,51% ♂	169.551	31,30% ♂	32.779	5,49% ♂	14.942	1,97% ♂
	20,46%	9,95% ♀	62,07%	30,77% ♀	12,00%	6,51% ♀	5,47%	3,50% ♀
Mérida	35.571	10,66% ♂	104.622	31,57% ♂	19.301	5,32% ♂	9.474	2,09% ♂
	21,05%	10,39% ♀	51,92%	30,35% ♀	11,42%	6,10% ♀	5,61%	3,52% ♀
Don Benito-VVa.	25.918	9,61% ♂	84.086	31,14% ♂	18.767	6,24% ♂	10.241	2,84% ♂
	18,64%	9,03% ♀	60,49%	29,35% ♀	13,50%	7,26% ♀	7,37%	4,53% ♀
Llerena-Zafra	18.774	9,36% ♂	61.958	31,06% ♂	13.843	6,27% ♂	8.393	3,09% ♂
	18,23%	8,87% ♀	50,17%	29,11% ♀	13,44%	7,17% ♀	8,15%	5,06% ♀
Cáceres	33.946	9,03% ♂	118.865	31,01% ♂	25.707	6,04% ♂	15.453	2,90% ♂
	17,50%	8,47% ♀	61,28%	30,27% ♀	13,25%	7,21% ♀	7,97%	5,07% ♀
Coria	7.130	8,09% ♂	26.543	30,99% ♂	7.140	7,46% ♂	4.152	3,50% ♂
	15,86%	7,77% ♀	59,03%	28,04% ♀	15,88%	8,42% ♀	9,23%	5,73% ♀
Plasencia	18.771	8,70% ♂	66.334	30,99% ♂	15.880	6,81% ♂	9.786	3,49% ♂
	16,95%	8,24% ♀	59,88%	28,89% ♀	14,34%	7,53% ♀	8,83%	5,34% ♀
Navalmoral de la Mata	10.010	9,54% ♂	32.888	32,17% ♂	6.932	6,21% ♂	4.128	2,91% ♂
	18,55%	9,01% ♀	50,95%	28,78% ♀	12,85%	6,64% ♀	7,65%	4,74% ♀
EXTREMADURA	206.013	9,71% ♂	664.847	31,24% ♂	140.345	5,98% ♂	76.569	2,63% ♂
	18,94%	9,23% ♀	51,12%	29,88% ♀	12,90%	6,92% ♀	7,04%	4,41% ♀

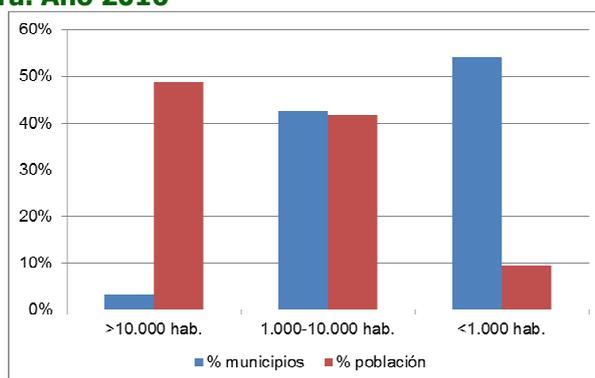
♂ (varones). ♀ (mujeres).

Fuente: INE. Padrón 2016

Dada la importancia del progresivo envejecimiento de la población extremeña, éste debe ser contemplado en todo proceso planificador con el fin de asegurar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE).

En cuanto a la distribución de la población por municipios en Extremadura, tan solo 13 de los 388 municipios (3,35%) cuentan con más de 10.000 habitantes (Figura 3), aunque entre ellos suman prácticamente la mitad de la población total (el 48,82% y en aumento). Por el contrario, 210 de los 388 municipios de la Comunidad Autónoma (54,12% y al alza) cuentan con menos de 1.000 habitantes, pero todos ellos suman menos del 10% de la población (102.449 habitantes, el 9,42% del total).

Figura 3. Clasificación de los municipios según el número de habitantes en Extremadura. Año 2016



Fuentes: INE. Padrón 2015. Decreto 238/2008 (actual Mapa Sanitario de Extremadura).

La figura 3 pone de relieve la elevada dispersión poblacional de la Comunidad. A ello se suma una densidad de población muy baja (26,13 hab./km² en 2016), muy inferior a la media nacional (92,02 hab./km²) y que resulta extremadamente baja en la mayoría de las áreas de salud, especialmente en las Áreas de Cáceres, Coria y Navalmoral de la Mata (Tabla 2).

Tabla 2. Población en Extremadura por áreas de salud y por sexos. INE 2016

Áreas de salud	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Extensión	Densidad
Badajoz	134.549	138.616	273.165	6.237,80	43,79
Mérida	83.869	85.099	168.968	3.392,45	49,81
Don Benito-Villanueva	69.274	69.738	139.012	6.963,77	19,96
Llerena-Zafra	51.262	51.706	102.968	5.172,21	19,91
Cáceres	94.987	98.984	193.971	10.559,19	18,37
Coria	22.501	22.464	44.965	2.415,80	18,61
Plasencia	55.374	55.397	110.771	3.990,13	27,76
Navalmoral de la Mata	27.423	26.535	53.958	2.903,08	18,59
EXTREMADURA	539.239	548.539	1.087.778	41.634,43	26,13

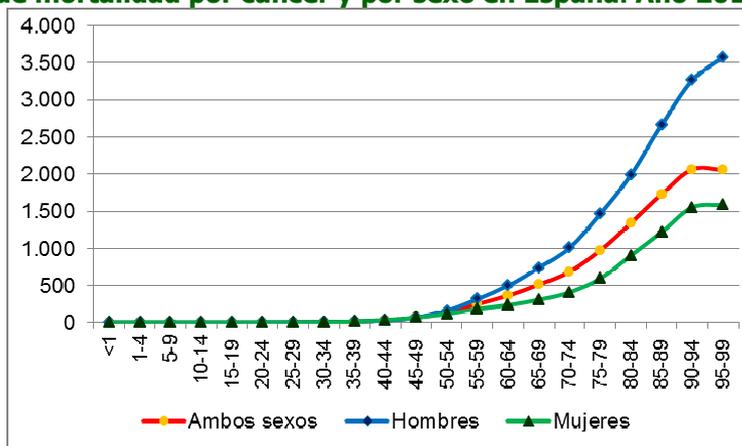
Fuente: INE. Padrón 2016. Decreto 238/2008 (actual Mapa Sanitario de Extremadura).

La población extremeña mantiene unas cifras totales muy estables alrededor de 1.100.000 habitantes a lo largo del siglo XXI, aunque con un importante trasvase poblacional hacia las ciudades más pobladas procedente de las localidades rurales más pequeñas, que se están despoblando a pesar de todas las medidas implementadas hasta la fecha. También se caracteriza por una baja densidad de población y una elevada dispersión, así como por una tendencia al envejecimiento superior a la media nacional, que alcanza las cotas más elevadas en las Áreas de Coria y Plasencia.

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EXTREMEÑA

La edad es el principal factor de riesgo no modificable para padecer un cáncer. A medida que aumenta la edad existe una tendencia creciente a la aparición de tumores y, consecuentemente, a morir por su causa (Figura 4). Por sexos, la tasa de mortalidad general y por grupos quinquenales debida a los tumores siempre es mayor en varones.

Figura 4. Tasa de mortalidad por cáncer y por sexo en España. Año 2015



Fuente: INE. Defunciones según la Causa de Muerte.

Durante las últimas décadas se observa un envejecimiento progresivo de la población, tanto en España como en Extremadura: la edad media poblacional aumenta sin interrupción desde 1975, con cifras en 2016 más elevadas en Extremadura (43,51 años en 2016) que la media nacional (42,67 años), debido sobre todo al dato de la provincia de Cáceres (45,26 años) respecto a la de Badajoz (42,48 años).

El número total de personas mayores de 65 años en Extremadura durante 2016 fue de 216.918 (el 19,94% del total, cifra en aumento y que supera de forma clara al 18,60% de media nacional). De ellos, hasta 76.569 tenían más de 80 años (6,84%), con una proporción más elevada de mujeres (Tabla 3).

Tabla 3. Estructura de la población extremeña > 65 años por grupos de edad y sexo

Grupos de población	Año 2000				Año 2016			
	Habitantes		Porcentaje		Habitantes		Porcentaje	
65-79 años	156.022	70.911 ♂ 85.112 ♀	14,59%	6,63% ♂ 7,96% ♀	140.349	65.079 ♂ 75.270 ♀	12,90%	5,98% ♂ 6,92% ♀
	≥ 80 años	45.078		15.080 ♂ 29.999 ♀		4,22%		1,41% ♂ 2,81% ♀
EXTREMADURA		201.100	85.991 ♂ 115.111 ♀	18,80%	8,04% ♂ 10,76% ♀		216.918	93.718 ♂ 123.200 ♀

♂ (varones). ♀ (mujeres).

Fuente: INE. Padrones de los años 2000 y 2016.

En Extremadura, la estructura de la población mayor de 65 años ha variado de forma significativa entre 2000 y 2016 (Tabla 3):

- Mientras el grupo de 65-79 años desciende un -10% en década y media, especialmente entre las mujeres (-11,56%).

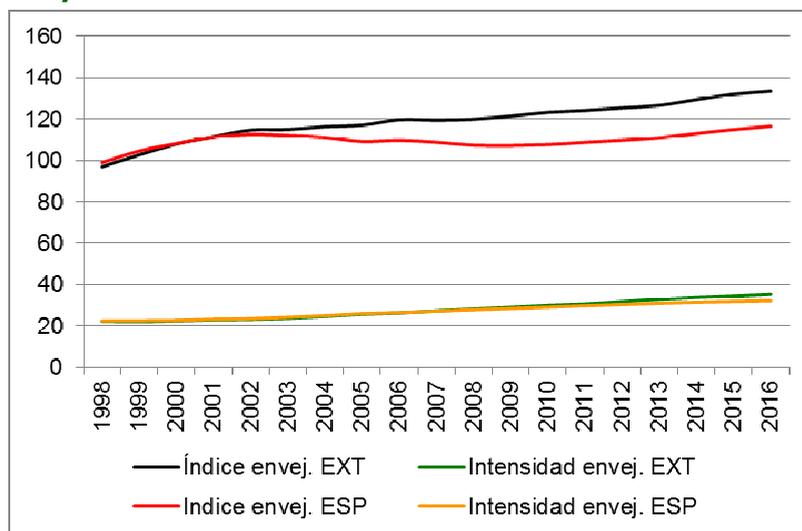
- El grupo de personas de 80 o más años se ha incrementado significativamente en un +70%, sobre todo entre los varones (+90%).

En España, la evolución es similar, aunque con cifras relativas más bajas.

Entre los indicadores representativos del grado de envejecimiento de la población destacan (Figura 5):

- El *índice de envejecimiento* (proporción de mayores de 65 años respecto a los menores de 16 años): muy elevado, pasando del 107,93% del año 2000 al 133,51% en 2016 (116,50% en España). Todas las áreas de salud presentan índices de envejecimiento >100%, con valores más elevados en las Áreas de Coria (205,4%) y Plasencia (174,9%).
- La *intensidad de envejecimiento* (proporción de mayores de 80 años respecto a los mayores de 65 años): también muy alto, pasando del 22,42% de 2000 al 35,30% en 2016 (32,10% en España). Por áreas de salud, se aprecian cifras superiores al 36% en las Áreas de Plasencia (38,13%), Llerena-Zafra (37,75%), Cáceres (37,54%), Navalmoral de la Mata (37,32%) y Coria (36,77%).

Figura 5. Evolución del índice de envejecimiento y de la intensidad de envejecimiento en España y Extremadura. Periodo 1998-2015

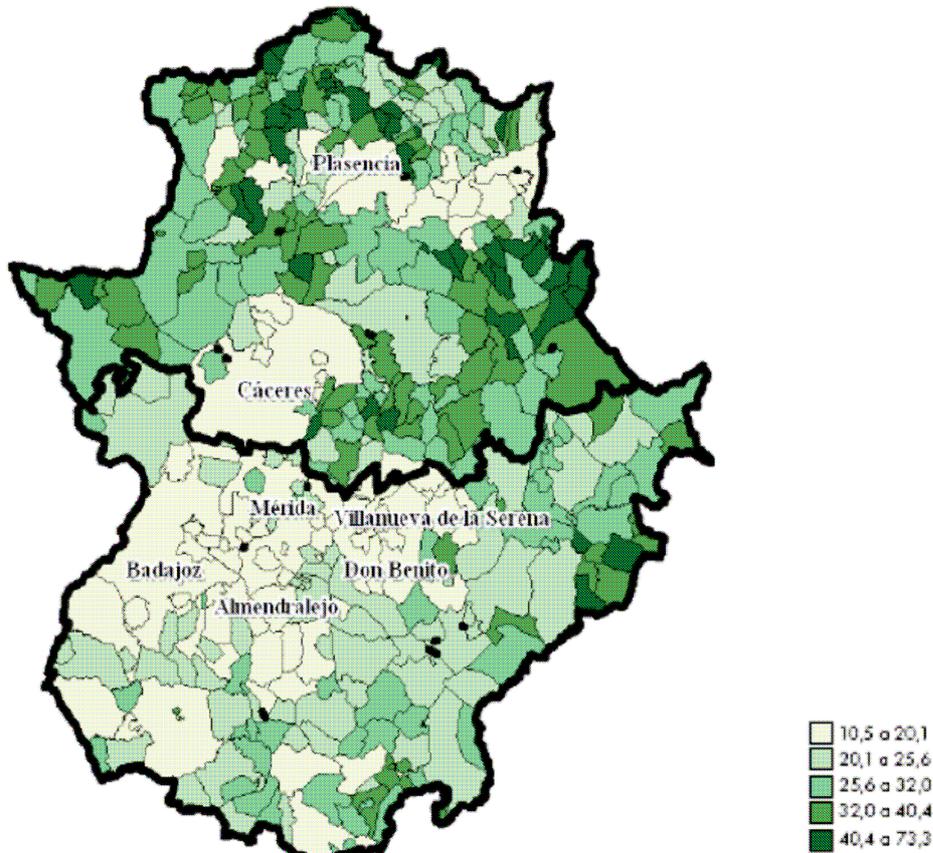


EXT = Extremadura. ESP = España.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Ambos indicadores muestran un grado de envejecimiento superior en Extremadura a la media nacional y con una clara tendencia ascendente. El grado de envejecimiento por áreas de salud es especialmente intenso en las Áreas de Plasencia y Coria.

Como dato complementario, la Figura 6 muestra el *índice de vejez* (número de mayores de 65 años por cada 100 habitantes) en los municipios de Extremadura durante 2013.

Figura 6. Índice de vejez en los municipios de Extremadura. Año 2013

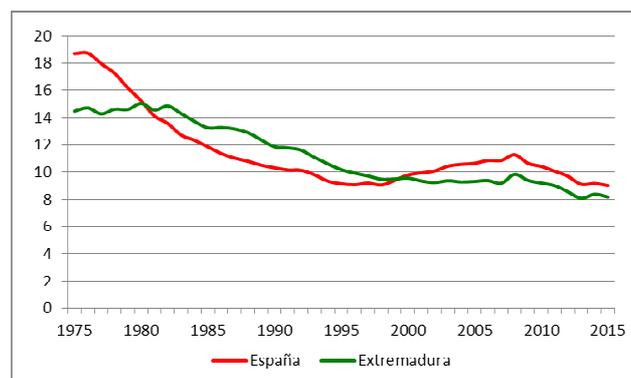


Fuente: Atlas Socioeconómico de Extremadura 2014.

Se aprecia un menor índice de vejez en las cercanías de las localidades más importantes de Extremadura, con un incremento progresivo conforme aumenta la distancia a éstas.

A los anteriores indicadores de envejecimiento poblacional se suma la negativa evolución de la tasa de natalidad en Extremadura desde los años 80 del pasado siglo (Figura 7), lo que pone en duda el recambio generacional en la Comunidad Autónoma: ha descendido desde el máximo de 15 nacidos/1.000 habitantes en 1980, hasta alcanzar los 8,14 nacidos/1.000 habitantes en 2015. Este dato permanece bastante alejado de la media nacional (8,99 nacidos/1.000 habitantes en 2015) desde el año 2000.

Figura 7. Evolución de la tasa de natalidad en España y Extremadura. Periodo 1975-2015



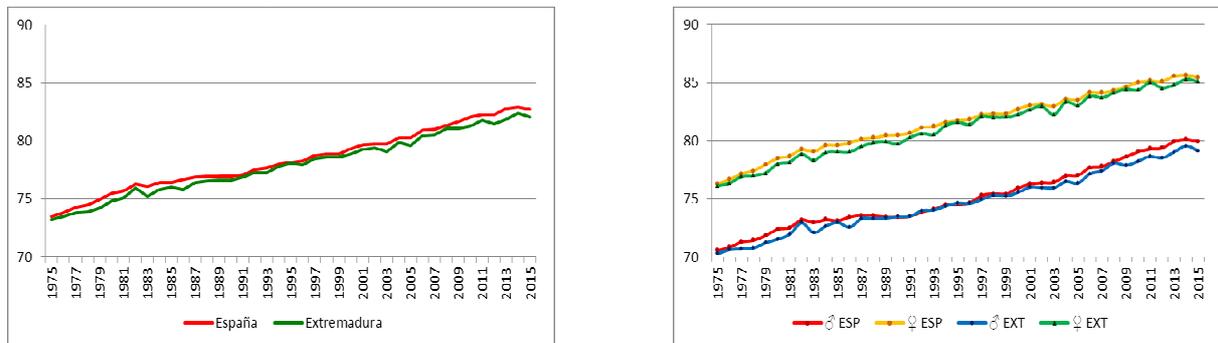
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Todas las proyecciones evidencian una evolución poblacional hacia un mayor envejecimiento. Se prevé que siga la tendencia creciente del cáncer en Extremadura durante los próximos años, especialmente en áreas de salud como Coria y Plasencia.

ESPERANZA DE VIDA

El progresivo aumento de la esperanza de vida al nacer (promedio de años que se espera viva una persona desde su nacimiento hasta su muerte) es un indicador global del estado de salud de la población. Influye decisivamente en el envejecimiento poblacional y ha crecido en España y Extremadura casi 10 años durante el periodo 1975-2015 (Figura 8), aunque siempre con datos ligeramente inferiores en la Comunidad respecto a la media nacional.

Figura 8. Evolución de la esperanza de vida al nacer. Distribución total y por sexos en España y Extremadura. Periodo 1975-2015



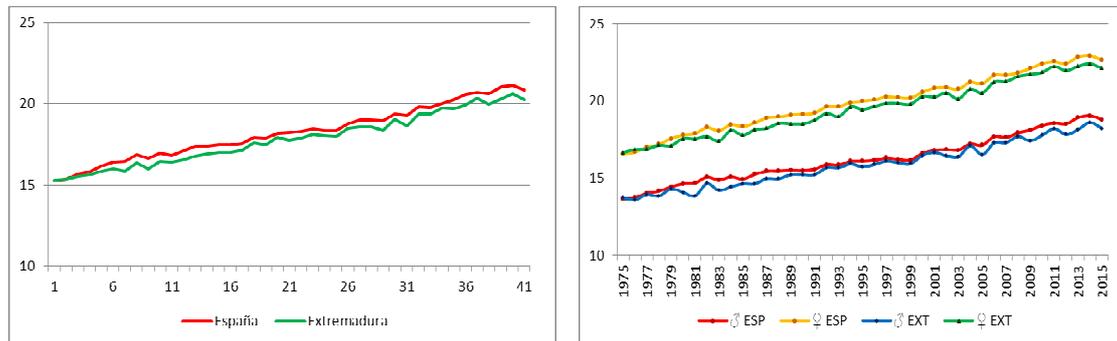
♂ ESP (varones españoles) ♀ ESP (mujeres españolas). ♂ EXT (varones extremeños). ♀ EXT (mujeres extremeñas).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

En 2015, la esperanza de vida ha descendido ligeramente, alcanzando los 82,06 años, dato inferior a la media nacional (82,71 años). Por sexos, los valores son superiores en las mujeres extremeñas (85,09 años) con respecto a los varones (79,14 años). En ambos casos, las cifras son ligeramente superiores a nivel estatal.

Un indicador demográfico muy representativo en el cáncer es la esperanza de vida a los 65 años, que también ha aumentado desde 1975 hasta la actualidad alrededor de 5 años, hasta alcanzar los 20,84 años en España por los 20,24 años en Extremadura (Figura 9). Por sexos, los valores son superiores en las mujeres extremeñas (22,13 años) con respecto a los varones (18,23 años). En ambos casos, las cifras son ligeramente superiores a nivel estatal.

Figura 9. Esperanza de vida a los 65 años. Distribución total y por sexos en España y Extremadura. Periodo 1975-2015



♂ ESP (varones españoles) ♀ ESP (mujeres españolas). ♂ EXT (varones extremeños). ♀ EXT (mujeres extremeñas).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Tanto la esperanza de vida al nacer como la esperanza de vida a los 65 años (indicador muy representativo en las enfermedades tumorales), presentan cifras muy elevadas en la Comunidad Autónoma y bastante cercanas a la media nacional. Sus valores ascendentes muestran una tendencia hacia el aumento de la incidencia y de la prevalencia del cáncer en Extremadura.

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

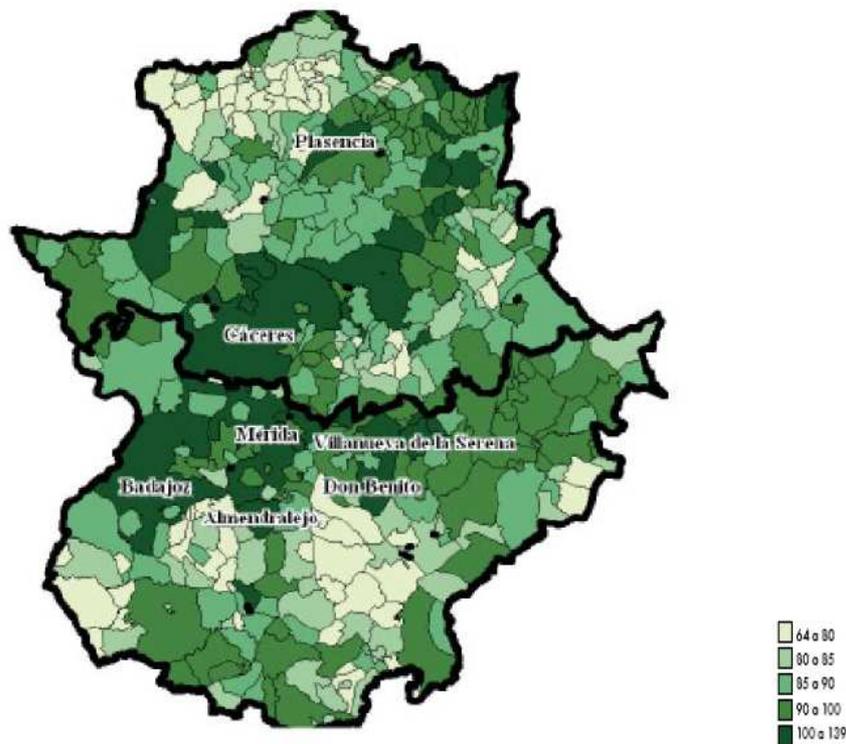
Existen numerosos estudios que en general relacionan una baja situación socioeconómica poblacional, considerando distintos factores como un reducido nivel económico, una elevada tasa de paro y/o un bajo nivel educativo, con una mayor mortalidad. Este hecho quizás se podría extrapolar a nivel general en el ámbito del cáncer, aunque el caso mejor estudiado muestra lo contrario: la incidencia y la mortalidad por cáncer de mama son superiores en mujeres con un nivel socioeconómico elevado. De cualquier forma, resulta previsible que la situación socioeconómica pueda influir en mayor o menor grado en la salud de toda la ciudadanía extremeña.

Una encuesta del Observatorio del Cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer (Oncobarómetro AECC 2012) indica que existe un desigual comportamiento frente a la información sobre el cáncer, dependiendo de las características socioeconómicas, demográficas, y de salud de la población, así como de las percepciones y conocimientos que las personas tienen sobre esta enfermedad.

Uno de los parámetros que puede medir el nivel económico de la población es la renta disponible por habitante: total de ingresos procedentes del trabajo, más las rentas de capital, prestaciones sociales y transferencias, menos los impuestos directos y las cuotas pagadas a la Seguridad Social.

Según datos del Atlas Socioeconómico de Extremadura 2014, la renta disponible por habitante de Extremadura en 2013 fue de 11.508 euros, un 23,3% inferior a la media española de 15.011 euros. La Figura 10 muestra la distribución de la media de *renta disponible por habitante* en los municipios de Extremadura, en porcentaje con respecto a la media de renta disponible autonómica durante 2013.

Figura 10. Distribución de la renta disponible por habitante en los municipios de Extremadura. Porcentaje con respecto a la media de renta disponible autonómica. Año 2013



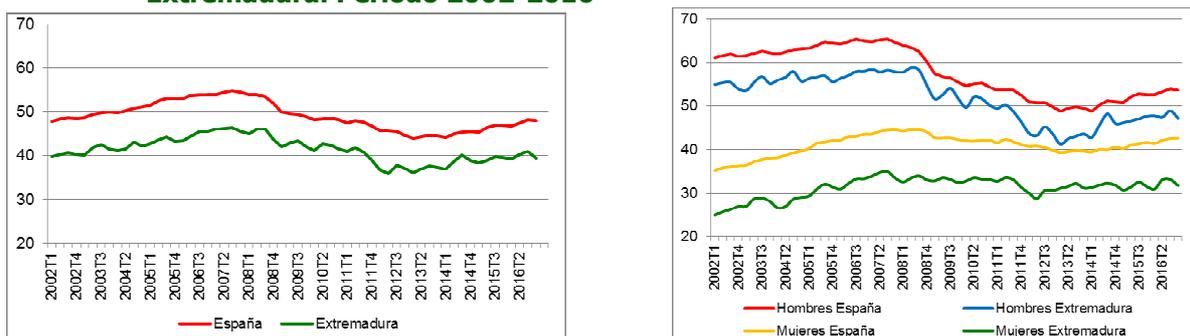
Fuente: Atlas Socioeconómico de Extremadura 2014.

Se aprecia una distribución contraria de la renta por habitante en los municipios de la Comunidad Autónoma con respecto al índice de vejez: la renta es mayor en las localidades más importantes de Extremadura y sus proximidades, con una reducción progresiva conforme aumenta la distancia a éstas.

Respecto al mercado laboral en Extremadura, está directamente influido por las características demográficas de la población, caracterizada por una elevada proporción de personas de 55 y más años.

La tasa de empleo siempre ha sido superior en España que en Extremadura, con diferencias que fluctúan entre los 7 y los 8 puntos porcentuales durante el periodo 2002-2016. Por sexos, los valores son siempre superiores en varones; además, las mayores diferencias por sexo aparecen entre las mujeres extremeñas con respecto a las mujeres españolas (Figura 11).

Figura 11. Evolución de la tasa de empleo. Distribución total y por sexos en España y Extremadura. Periodo 2002-2016



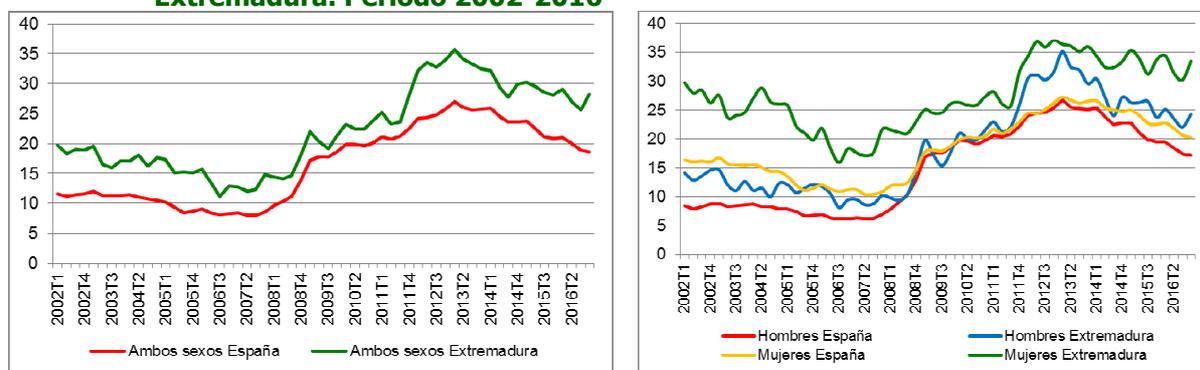
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

En cuanto a tendencias temporales, la tasa de empleo general ha pasado de valores máximos en 2007-2008 a cifras mínimas en 2012-2013, con una ligera recuperación desde entonces. La tasa de empleo ha evolucionado de forma más uniforme entre las mujeres (españolas y extremeñas) que en los varones, que presentan una mayor variabilidad.

Respecto a la tasa de paro sucede exactamente lo contrario. Siempre ha sido superior en Extremadura que la media nacional durante el periodo 2002-2016, también con diferencias por sexo mayores entre las mujeres extremeñas con respecto a las españolas (Figura 12).

La tasa de paro general ha pasado de valores mínimos en 2007-2008 a cifras máximas en 2012-2013, con una ligera recuperación posterior. Su evolución es más uniforme en España que en Extremadura, donde presenta una mayor variabilidad. Por sexos no se observan grandes diferencias evolutivas.

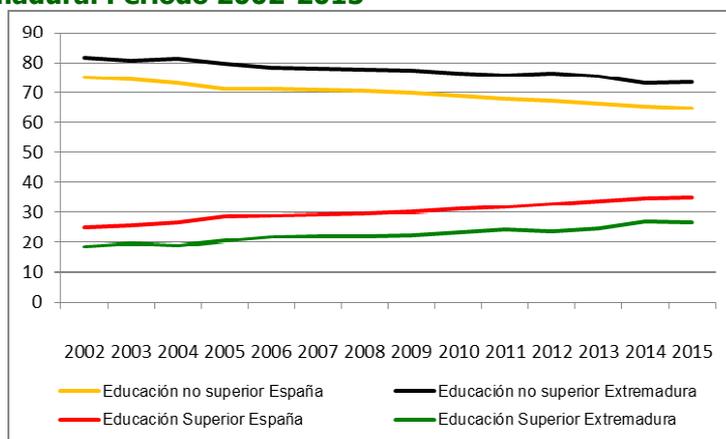
Figura 12. Evolución de la tasa de paro. Distribución total y por sexos en España y Extremadura. Periodo 2002-2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

A nivel educativo y según datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, los valores mejoran progresivamente en Extremadura, aunque se mantienen diferencias significativas con el Estado respecto al porcentaje de personas con Educación Superior (Figura 13). No se ha incluido la separación por sexos debido a la inexistencia de diferencias significativas entre ellos.

Figura 13. Evolución del nivel de formación en población de 25 a 64 años en España y Extremadura. Periodo 2002-2015

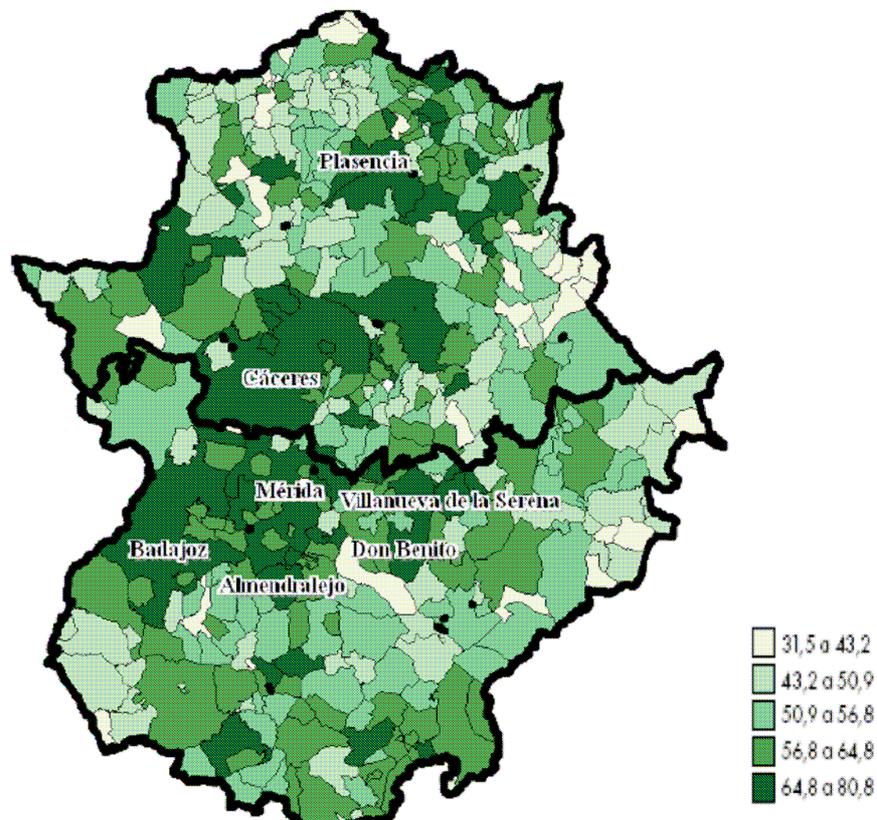


Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Entre 2002 y 2015 ha aumentado significativamente la proporción de población extremeña entre 25 y 64 años con estudios superiores, pasando en 13 años del 18,5% al 26,5%; sin embargo, se mantiene el importante desfase existente con la media nacional, situada durante 2015 en el 35,1%. Exactamente lo contrario sucede con la ciudadanía extremeña de 25-64 años con estudios inferiores a la Educación Superior: el porcentaje disminuyó del 81,6% en 2002 al 73,5% en 2015, lejos aún de la media nacional del 64,9%.

Si consideramos el porcentaje de población con estudios secundarios o universitarios sobre población de 16 y más años, el dato correspondiente a Extremadura fue del 65,1% en 2013. La figura 14 muestra la distribución del porcentaje de población ≥ 16 años con estudios secundarios o universitarios en los municipios de Extremadura durante el año 2013.

Figura 14. Distribución del porcentaje de población ≥ 16 años con estudios secundarios o universitarios en los municipios de Extremadura. Año 2013



Fuente: Atlas Socioeconómico de Extremadura 2014.

Entre los factores socioeconómicos que podrían influir sobre la incidencia y la mortalidad del cáncer destacan la renta disponible, la tasa de empleo y el nivel educativo, con cifras inferiores en Extremadura respecto a la media estatal.

2. ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL CÁNCER

ESTILOS DE VIDA

La aparición de cáncer se asocia con la presencia de estilos de vida insanos y de diversos factores de riesgo. De acuerdo con los datos publicados por la OMS en su Informe Mundial del Cáncer 2014, alrededor de un tercio de las muertes por cáncer son debidas a causas evitables, pudiendo prevenirse mediante la modificación de los principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: consumo de tabaco, consumo de alcohol, alimentación inadecuada (sobre todo la ingesta reducida de frutas y verduras), falta de actividad física y exceso de peso. De este modo, la prevención sería la estrategia a largo plazo más costo-eficaz para el control del cáncer.

La población extremeña se encuentra muy expuesta a diferentes hábitos insanos y factores de riesgo muy prevalentes relacionados con el cáncer, con cifras en general más elevadas que la media nacional. Los estudios HERMEX y DARIOS definen un perfil de riesgo específico de la población extremeña, basado en altas prevalencias de obesidad y de consumo de tabaco y alcohol, con una mayor exposición del sexo masculino respecto al femenino.

Entre los principales estilos de vida insanos y factores de riesgo que pueden favorecer la aparición del cáncer, destacan:

Alimentación inadecuada

La nutrición es un factor muy influyente en nuestra salud. Los datos disponibles sugieren que la dieta es el segundo factor de riesgo más importante, después del consumo de tabaco, en la aparición de cáncer. Se estima que una alimentación adecuada, junto con el mantenimiento de la actividad física y un índice de masa corporal adecuado contribuyen a reducir la incidencia de tumores.

Son numerosos los estudios que han puesto de manifiesto que una dieta rica en frutas, verduras o ambas, protege frente a la aparición de distintos tumores (entre ellos de cavidad oral y faringe, esófago, pulmón, colon y recto, mama, etc.). Por el contrario, una alimentación rica en grasas se asocia con mayor probabilidad de padecer cáncer de colon, recto, mama, útero y próstata; por este motivo se recomienda reducir los aportes de grasa total en la dieta, especialmente de ácidos grasos saturados e hidrogenados.

El consumo medio de calorías por persona y día viene aumentando en España desde los años 70. Según la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española 2011, se alcanzan en nuestro país las 2.482 calorías por persona y día. El perfil calórico global de los españoles muestra una contribución de las proteínas del 16%, y de los lípidos del 40,2% (ambos por encima de los valores recomendados), así como un porcentaje del 41,4% por parte de los hidratos de carbono (por debajo de los valores recomendados).

El Informe del Consumo de Alimentación en España 2015 del Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente (MAGRAMA), indica que Extremadura es la Comunidad Autónoma con menor consumo y gasto per cápita en alimentación de toda España.

El informe "Alimentación en España 2015", publicado por Mercasa con datos del MAGRAMA, sitúa a Extremadura como la segunda Comunidad con menor gasto per cápita en alimentación, tan solo por detrás de Castilla-La Mancha.

Respecto al consumo de los diferentes grupos de alimentos y bebidas en España (en términos de volumen), se observa:

- Un aumento del consumo en derivados lácteos, frutas y hortalizas transformadas, pasta, agua envasada, vinos con DOP (denominación de origen protegida), bebidas espirituosas y platos preparados.
- Un consumo estable en bollería, pastelería, galletas, cereales, cervezas y zumos.
- Un descenso en el consumo de aceite, leche, carne, pescado, pan, frutas y hortalizas frescas, patatas, legumbres, cafés e infusiones, aceitunas, huevos, arroz, azúcar, sal, bebidas refrescantes, vinos sin DOP y vinos espumosos.

Aunque se evidencian algunas tendencias positivas, como el aumento del consumo de frutas y derivados lácteos, o el descenso del consumo de sal, la tendencia general es bastante negativa, con un aumento del consumo de platos preparados y bebidas espirituosas, y un descenso del consumo de aceite, frutas y hortalizas frescas, legumbres, pescado, etc.

En la comparativa del consumo per cápita de los seis principales alimentos y bebidas entre España y Extremadura, la Comunidad Autónoma destaca por su bajo consumo en todos ellos (Tabla 4).

Tabla 4. Consumo per cápita de alimentos y bebidas por Comunidades Autónomas (hogares). España y Extremadura. Año 2014

	Carne (kg)	Pescado (kg)	Aceite de oliva (l)	Hortalizas (kg)	Frutas frescas (kg)	Vino (l)
España	51,0	26,4	9,2	62,3	102,5	4,3
Extremadura	45,8	23,4	7,0	50,6	91,1	2,0

Fuente: MAGRAMA. Informe Alimentación en España 2015 de Mercasa.

Estos datos del Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente no coinciden exactamente con los resultados aportados por la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 y por la Encuesta Europea de Salud 2014.

En Extremadura, según los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, realizada en población de ambos sexos de 1 y más años, la población presenta:

- Como datos positivos se observan cifras similares o superiores a la media nacional en cuanto al consumo de fruta fresca (el 58% de la ciudadanía extremeña la toma a diario), legumbres, productos lácteos, pan y cereales; e inferiores respecto a embutidos, fiambres y comida rápida.
- Como datos negativos se aprecian cifras similares o superiores a la media nacional en cuanto al consumo de dulces y refrescos con azúcar; y menores a la media estatal de verduras y ensaladas (solo el 23% las toman a diario), hortalizas, pasta, arroz y patatas.

Por su parte, la Encuesta Europea de Salud en España 2014, realizada en población de ambos sexos de 15 años o más, recoge:

- Como aspectos positivos más destacables:
 - La población extremeña come por encima de la media nacional: pescado 3 o más veces por semana (44,86% vs. 43,42%); legumbres 3 o más veces por semana (31,39% vs. 29,97%); productos lácteos a diario (82,31% vs. 80,45%).
 - La población extremeña come por debajo de la media nacional: embutidos y fiambres 3 o más veces por semana (39,44% vs. 41,69%).
- Como aspectos negativos a resaltar:
 - La población extremeña come por debajo de la media nacional: fruta fresca a diario (59,45% vs. 62,72%); verduras, ensaladas y hortalizas a diario (29,52% vs. 44,64%); zumo natural de frutas o verduras 3 o más veces a la semana (18,24% vs. 29,38%).
 - La población extremeña come por encima de la media nacional: dulces a diario (28,44% vs. 26,5%); refrescos con azúcar 3 o más veces por semana (25,02% vs. 22,53%); comida rápida 1 o más veces a la semana (35,55% vs. 32,95%).

Por último, el estudio ENRICA indica que solo un pequeño porcentaje de la población española alcanza los consumos recomendados de verduras y hortalizas, frutas, leches y derivados. La puntuación media en la escala de adecuación a la dieta mediterránea fue de 3,7. Ello corresponde a una "dieta mediterránea evolucionada" mediante la incorporación en las últimas décadas de un alto consumo de carne y otros productos ricos en grasa animal, así como alimentos ricos en azúcares. La calidad de la dieta es mayor en las mujeres que en los hombres, y entre las personas de mayor edad.

La comparación entre la ingesta de nutrientes en el estudio ENRICA y los objetivos nutricionales establecidos por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) muestra que no se cumplen la mayoría de los objetivos, aunque las diferencias son pequeñas en general (Tabla 5):

Tabla 5. Comparación entre la ingesta de nutrientes en el estudio ENRICA y los objetivos nutricionales de la SENC

Nutrientes	Hombres	Mujeres	SENC
Grasas totales (% energía)	37,2	36,8	30-35%
Ácidos grasos saturados (% energía)	11,9	11,6	7-8%
Ácidos grasos monoinsaturados (% energía)	15,8	15,7	15-20%
Ácidos grasos poliinsaturados (% energía)	6,2	6,2	5%
Colesterol (mg/día)	397,1	303,7	<300 mg/dl
Hidratos de carbono totales (% energía)	41,1	43,2	50-55%
Proteínas (% energía)	17,8	18,4	≤15%
Fibra dietética (g/día)	24,1	21,7	>25 g/día

Fuente: Estudio ENRICA.

Como resultado de toda esta amalgama de datos, podemos obtener las siguientes conclusiones:

- La tendencia de la alimentación en Extremadura en general es negativa, de forma similar a lo que ocurre a nivel nacional. Cada vez nos alimentamos peor y con una menor adecuación a la dieta mediterránea.
- Como datos positivos en la Comunidad Autónoma destacan el mayor consumo de productos lácteos y de legumbres, así como el menor consumo de embutidos y fiambres, dulces a diario y refrescos con azúcar 3 o más veces por semana.
- Como resultados negativos resaltar el menor consumo en Extremadura de frutas, verduras y hortalizas frescas, ensaladas y pescado.
- Aparecen datos divergentes referidos al consumo de comida rápida y platos preparados.

En referencia a la población infantil (0-15 años), la Estrategia NAOS indica la importancia de conseguir una alimentación adecuada en esta etapa de la vida, pues en ella se inician y se establecen los hábitos dietéticos que tienden a consolidarse a lo largo de toda la vida.

La dieta de la población infantil y adolescente en España se caracteriza por un exceso de carnes, embutidos, lácteos y alimentos con alta densidad energética (bollería rica en grasas, bebidas carbonatadas con gran cantidad de azúcares, etc.) y por un déficit en la ingesta de frutas, verduras y cereales. También preocupa el elevado número de menores españoles que toman un desayuno escaso o lo omiten, pues se ha demostrado que aumenta la prevalencia de obesidad.

En este sentido, en Extremadura se vienen promocionando y llevando a cabo distintas actividades de EpS frente a la obesidad infantil y juvenil, que han sido reconocidas con el Premio NAOS a la promoción de una alimentación saludable en el ámbito escolar.

En el ámbito de la alimentación saludable, la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles desarrolla diferentes actividades de promoción de una alimentación saludable dentro del Programa Ciudades Saludables y Sostenibles.

Concretamente, durante 2015 se realizaron 73 actividades, con un total de 25.502 participantes. También se llevaron a cabo 4 talleres de formación sobre alimentación saludable, desarrollados por el Proyecto Piloto Operación Salud, en los que participaron 60 alumnos de 3º y 4º de ESO de los Institutos de Educación Secundaria participantes en el Proyecto.

Existe un alejamiento del patrón de dieta mediterránea sin exceso de calorías (dieta equilibrada y moderada en las cantidades de comida y bebida), agudizado en población infantil y adolescente, con el consiguiente incremento de la prevalencia de exceso de peso. A destacar la insuficiente sensibilización de la población para configurar unos hábitos de alimentación saludables. Además, en muchas situaciones cotidianas, la opción alimentaria más sana no es la más asequible ni la más fácil.

Sedentarismo

La realización de ejercicio físico es un hábito saludable que se asocia, junto con otros múltiples beneficios para la salud, con un descenso de la morbimortalidad por algunos tipos de cáncer. Por el contrario, el sedentarismo se asocia con frecuencia a una alimentación inadecuada y exceso de peso, lo que potencia enormemente sus efectos negativos.

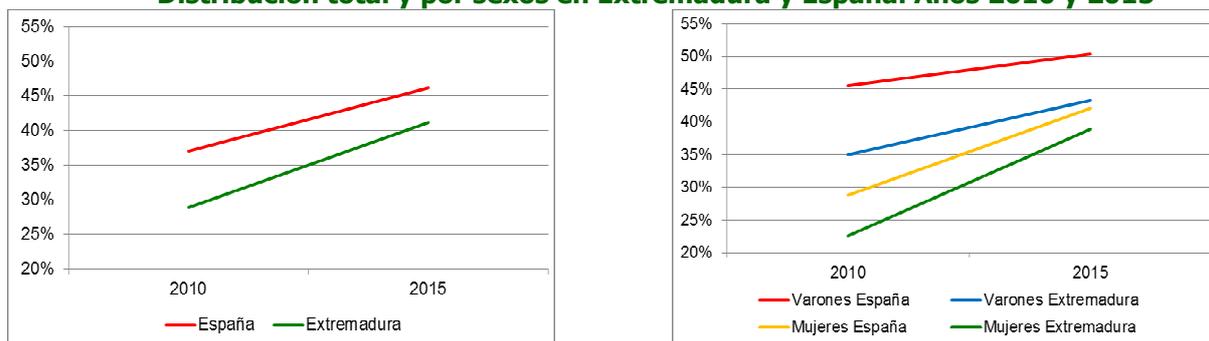
Tanto la Encuesta Nacional de Salud 2006, como la Encuesta Europea de Salud en España 2009, revelaban un porcentaje mayor de adultos que se declaraban sedentarios en Extremadura respecto a la media nacional. Sin embargo, la tendencia se ha invertido en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (38,9% en Extremadura por 41,3% en España) y en la Encuesta Europea de Salud en España 2014 (33,34% vs. 36,68%), en la que Extremadura es la 5ª Comunidad con menos personas que se declaran sedentarias.

Estos datos positivos contrastan con los proporcionados por el estudio ENRICA. Según este estudio, la población española es muy sedentaria en tiempo libre. El tiempo medio semanal dedicado a ver la televisión es de 14 horas, el que se pasa sentado ante el ordenador es 7 horas, y el que se dedica a otras actividades sedentarias (leer, escuchar música, etc.) es 8 horas. El 44,6% de los españoles no realiza la actividad física recomendada en tiempo libre (al menos 150 minutos semanales de actividad de intensidad moderada ó 60 minutos semanales de actividad vigorosa). De acuerdo a un índice global de actividad física que incluye tanto la actividad en el trabajo como en tiempo libre, sólo el 14% de los españoles puede considerarse activo. Los hombres son activos con más frecuencia que las mujeres.

En el mismo sentido se encuentra la Encuesta de Hábitos Deportivos en España 2015, elaborada por el Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte. Ésta indica que en 2015, el 46,2% de los españoles y el 37% de la ciudadanía extremeña practicó deporte al menos una vez a la semana (Figura 15), con cifras significativamente inferiores en la Comunidad Autónoma respecto a la media nacional. Por sexos se observa una mayor práctica deportiva semanal entre los varones que entre las mujeres, tanto en España como en Extremadura.

Si comparamos los datos de la encuesta de 2015 con los de 2010, se aprecia un aumento significativo del porcentaje de población que practica deporte semanalmente, especialmente entre las mujeres extremeñas, aunque todavía lejos de las cifras a nivel nacional.

Figura 15. Evolución del porcentaje de personas que practican deporte semanalmente. Distribución total y por sexos en Extremadura y España. Años 2010 y 2015



Fuente: MECD. Encuesta de Hábitos Deportivos en España

Por su importancia, la encuesta investiga de forma separada la práctica de andar o pasear. Los resultados muestran que un 70,6% de la población española suele realizar esta actividad y el 68,2% al menos una vez por semana. Respecto al hábito de andar y su relación con la práctica deportiva, un 81,1% de la población manifiesta que suele andar o practicar deporte semanalmente.

En cuanto a la población infantil, durante los últimos años ha aumentado la tendencia al sedentarismo, entre cuyas causas destacan el ocio pasivo y el disfrute de las nuevas tecnologías. Este hecho es especialmente preocupante.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, el 12,1% de la población de 5 a 14 años se declaraba sedentaria (no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre). El porcentaje de sedentarismo era el doble en niñas (16,3%) que en niños (8,2%), incrementándose con la edad tanto la frecuencia como el diferencial por sexos. Extremadura era una de las Comunidades Autónomas donde más del 60% de los menores hace actividad física de forma regular o entrena.

En el ámbito de la promoción de la actividad física, la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles desarrolla diferentes actividades dentro del Programa Ciudades Saludables y Sostenibles.

Concretamente, durante 2015 se realizaron 47 actividades, con un total de 18.956 participantes. Además, se llevaron a cabo 4 talleres de formación sobre actividad física desarrollados por el Proyecto Piloto Operación Salud, en los que participaron 60 alumnos de 3º y 4º de ESO de los Institutos de Educación Secundaria participantes en el mismo.

A pesar de los conocidos beneficios para la salud de la actividad física y del incremento de personas que la practican de forma regular, continúa existiendo un porcentaje muy elevado de personas sedentarias en Extremadura. Es especialmente preocupante el incremento del sedentarismo en la población infantil y juvenil.

Exceso de peso y obesidad

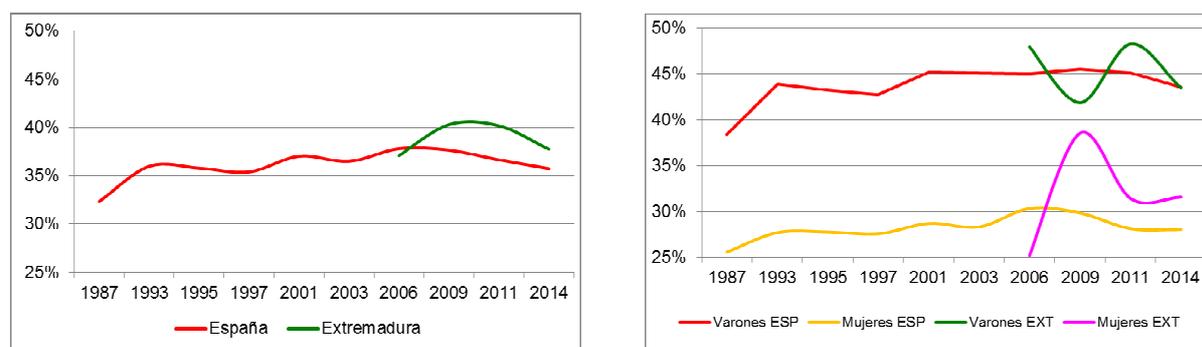
La obesidad es considerada como una verdadera enfermedad crónica, origen de múltiples problemas de salud entre los que se encuentra el cáncer. La obesidad eleva el riesgo de sufrir enfermedades tumorales y se relaciona con hábitos insanos muy extendidos entre la población, sobre todo la dieta inadecuada y el sedentarismo, encontrándose en continuo aumento durante las últimas décadas. La obesidad se incrementa con la edad, aunque actualmente preocupa de forma especial el aumento continuado de la obesidad entre la población infantil y juvenil.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, la prevalencia de sobrepeso más obesidad entre la población adulta de Extremadura es superior en más de 8 puntos a la media nacional (datos confirmados en la Encuesta Europea de Salud 2009). El 21,64% de adultos en Extremadura sufre obesidad y el 40,17% sobrepeso; es decir, tres de cada cinco adultos superan el peso recomendable. Por sexos, el porcentaje de varones con sobrepeso u obesidad es muy superior al de mujeres.

Algo menores son las cifras de la Encuesta Europea de Salud en España 2014, realizada en población de ambos sexos de 18 años o más. El 16,8% de adultos en Extremadura declara sufrir obesidad (cifra similar al 16,91% de media nacional), y el 37,75% sobrepeso (algo superior al 35,74% de media estatal); es decir, más de la mitad de los adultos de la Comunidad Autónoma declaran superar el peso recomendable. Por sexos, el porcentaje de varones con sobrepeso u obesidad (62,43%) también es muy superior al de mujeres (46,11%).

La evolución del porcentaje de adultos que declaran tener sobrepeso en España es bastante estable durante el periodo 1993-2014, siempre con datos muy elevados entre el 35-40% del total. Las cifras en Extremadura entre 2006 y 2014 son moderadamente superiores a la media nacional. Por sexos, los valores de sobrepeso siempre son superiores en varones (Figura 16).

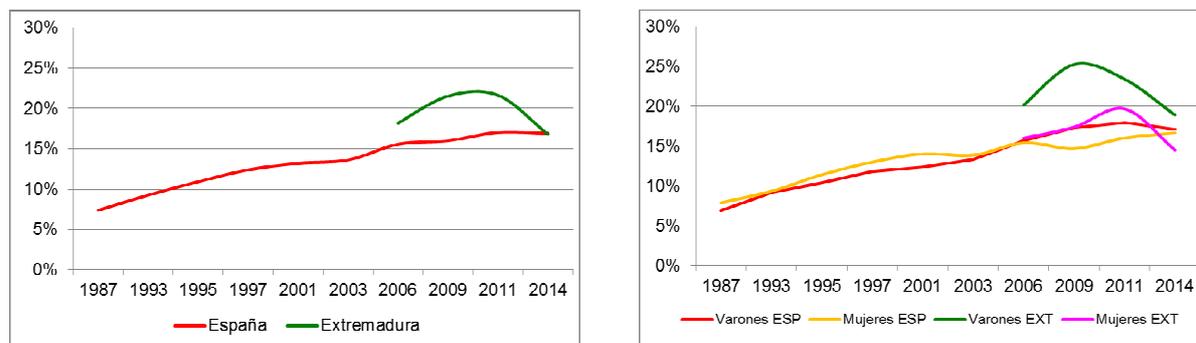
Figura 16. Evolución del porcentaje de adultos que declaran tener sobrepeso. Distribución total y por sexos en Extremadura y España. Periodo 1987-2014



Fuentes: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INE. Encuestas Nacionales de Salud (1987-2011). Encuestas Europeas de Salud en España (2009-2014).

El porcentaje de adultos que declaran tener obesidad en España continúa aumentando desde 1987 hasta la actualidad. Los datos actuales se acercan al 20% de la población. Las cifras en Extremadura, aunque superiores, se vienen acercando desde 2011 a la media nacional. Por sexos, los valores de obesidad suelen ser ligeramente superiores en varones (Figura 17).

Figura 17. Evolución del porcentaje de adultos que declaran tener obesidad. Distribución total y por sexos en Extremadura y España. Periodo 1987-2014



Fuentes: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INE. Encuestas Nacionales de Salud (1987-2011). Encuestas Europeas de Salud en España (2009-2014).

Si sumamos los valores de sobrepeso y obesidad observamos que entre el 50-60% de la ciudadanía en España y Extremadura presentan exceso de peso en mayor o menor grado.

Más elevados son los datos que muestra el estudio ENRICA: el 39% de la población adulta española presenta exceso de peso y el 23% obesidad. La frecuencia de obesidad es mayor en hombres que en mujeres y aumenta con la edad. Cuando se considera específicamente la circunferencia de la cintura, la frecuencia de obesidad abdominal (CC>102 cm en varones y >88 cm en mujeres) es del 32% en los varones y del 40% en las mujeres. Más de un tercio de los hombres con obesidad declara haber recibido consejo sanitario para perder peso y no seguirlo.

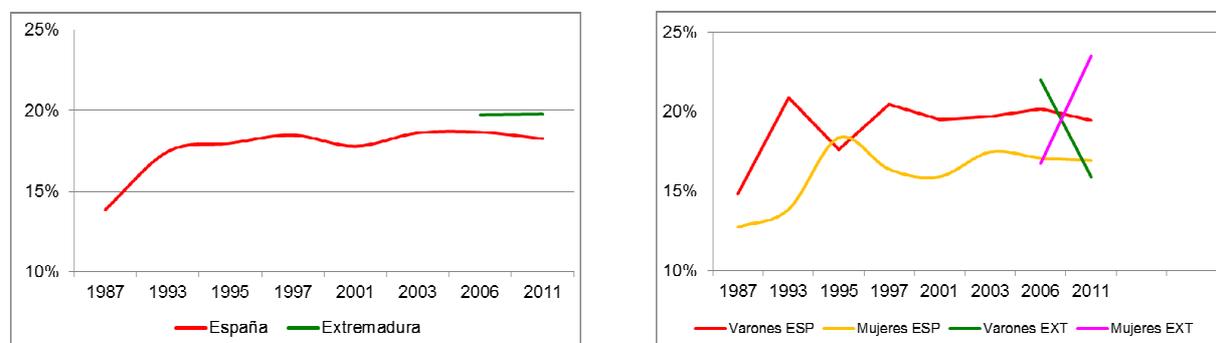
Por último, el estudio HERMEX presenta cifras aún más elevadas de sobrepeso y obesidad: el 38,8% de los adultos en Extremadura presenta sobrepeso (IMC 25-29) y el 33,2% es obeso (IMC > 30). Es decir, 7 de cada 10 adultos tienen problemas de exceso de peso en la Comunidad Autónoma, cifras situadas entre las más altas de España.

Entre la población infantil y juvenil también son muy elevados los datos de exceso de peso en Extremadura, superando a la media nacional: el estudio ALADINO (Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad), desarrollado por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), estima que el 44,5% de la población infantil de 6 a 9,9 años presenta exceso de peso (26,2% de sobrepeso y 18,3% de obesidad), con cifras superiores en los niños respecto a las niñas.

Sin embargo, los datos son inferiores en las últimas Encuestas de Salud realizadas en España. Las Encuestas Nacionales de Salud de 2006 y de 2011 presentan cifras similares de sobrepeso (≈ 18-20%) y de obesidad (≈ 8,8-9,8%) en población infantil de 2 a 17 años en Extremadura y en España. Es decir, que con una franja de edad más significativa, "solo" (entre comillas) el 27-30% de los menores de edad presentan exceso de peso. E incluso la Encuesta Europea de Salud en España 2014 ha disminuido aún más las cifras de exceso de peso entre los menores españoles: 15,95% de exceso de peso y 2,37% de obesidad.

La evolución del porcentaje de menores de edad que declaran tener sobrepeso en España es bastante estable durante el periodo 1993-2014, siempre con datos muy elevados entre el 15-20% del total. Las cifras en Extremadura entre 2006 y 2011 son moderadamente superiores a la media nacional. Por sexos, los valores de sobrepeso suelen ser superiores en varones, aunque en la Encuesta Nacional de Salud de 2011 se intercambiaron los datos entre los varones y mujeres de la Comunidad Autónoma (Figura 18).

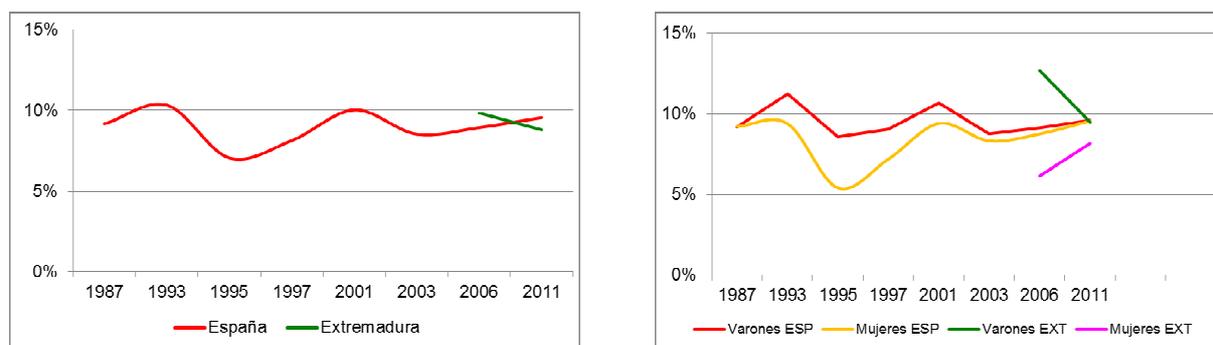
Figura 18. Evolución del porcentaje de menores de edad que declaran tener sobrepeso. Distribución total y por sexos en Extremadura y España. Periodo 1987-2014



Fuentes: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INE. Encuestas Nacionales de Salud (1987-2011).

La evolución del porcentaje de menores de edad que declaran tener obesidad en España es bastante estable durante el periodo 1987-2011, siempre con datos muy cercanos al 10% del total. Las cifras en Extremadura entre 2006 y 2011 son similares a la media nacional. Por sexos, los valores de sobrepeso suelen ser superiores en varones, aunque con valores muy próximos entre sí (Figura 19).

Figura 19. Evolución del porcentaje de menores de edad que declaran tener obesidad. Distribución total y por sexos en Extremadura y España. Periodo 1987-2014



Fuentes: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INE. Encuestas Nacionales de Salud (1987-2011).

Frente a este problema, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y distintas Comunidades, entre ellas Extremadura, han desarrollado la Estrategia NAOS y el Programa PERSEO, para sensibilizar a la población del grave problema para la salud que representa la obesidad, así como mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la práctica regular de actividad física, sobre todo en población infantil y juvenil.

En el ámbito del exceso de peso, la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles desarrolla diferentes actividades en relación directa con el control del sobrepeso y la obesidad dentro del Programa Ciudades Saludables y Sostenibles.

Concretamente, durante 2015 se realizaron 120 actividades. Además, todos los talleres formativos desarrollados por el Proyecto Piloto Operación Salud con la participación de alumnos de 3º y 4º de ESO de los Institutos de Educación Secundaria participantes en el mismo, 8 en total, han sido en relación directa con el control del sobrepeso y la obesidad.

Actualmente, las cifras de exceso de peso entre la población extremeña alcanzan cifras muy elevadas, prácticamente de carácter epidémico, a pesar de las medidas de sensibilización que se llevan a cabo. Son especialmente preocupantes los datos tan elevados en la población menor de edad.

Consumo de tabaco

La relación causal entre el tabaco y el desarrollo del cáncer es reconocida científicamente. Al tabaco se le atribuyen el 6,3% de las consultas extrahospitalarias, el 4,5% de las hospitalizaciones, el 16% de muertes y el 12% de años potenciales de vida perdidos (APVP) en mayores de 15 años. El coste sanitario del tabaquismo en Extremadura se estima en el 10,72% del total del gasto sanitario y el 3,65% del total del gasto público.

En base al informe “Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España 2000-2014”, en el quinquenio 2010-2014 la media anual estimada de muertes por tabaco en hombres fue de 45.384 defunciones, ligeramente inferior a la media estimada en el quinquenio 2000-2004 (48.450 muertes). Mientras que en mujeres, la media anual estimada de muertes por tabaco fue de 6.485 defunciones, significativamente superior a la media estimada en el quinquenio 2000-2004 (4.296 muertes). Por lo tanto, 9 de cada 10 muertes atribuibles al tabaco en el quinquenio 2010-2014 ocurrieron en hombres.

Las muertes atribuibles al tabaco en el quinquenio 2010-2014 supusieron un 13% del total de las defunciones ocurridas en población de 35 años de edad y mayor. Durante ese periodo, el 33,1% del conjunto de muertes atribuibles al tabaco fueron debidas a cáncer de pulmón, el 20,3% a enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 12,5% a enfermedad isquémica del corazón, respectivamente.

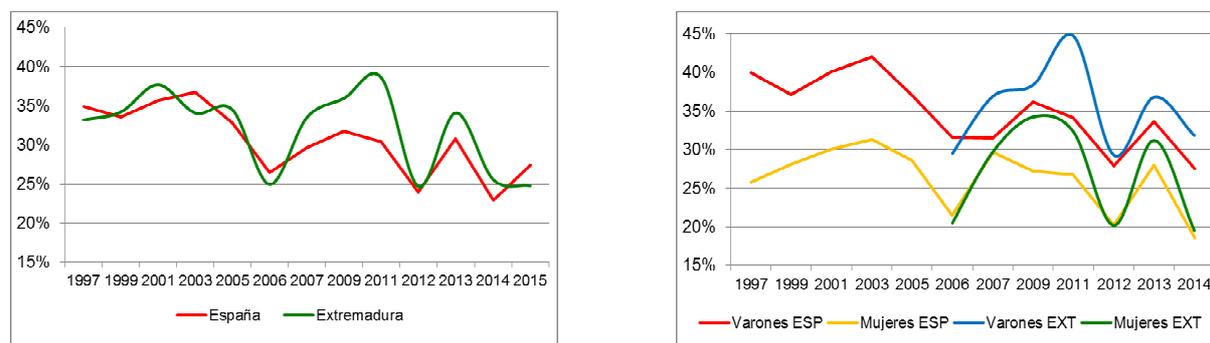
Por sexos, el porcentaje de la mortalidad total debida al tabaco fue muy distinto: un 23% en hombres y un 3% en mujeres. Sin embargo, en los adultos de 25 a 54 años, el porcentaje de muertes atribuibles al tabaco por cáncer de pulmón y por enfermedad pulmonar obstructiva crónica fue muy similar en hombres y en mujeres.

A pesar de la progresiva concienciación social, de la legislación desarrollada durante los últimos años en España y de la crisis económica, el consumo de tabaco continúa siendo un factor de riesgo muy prevalente en Extremadura, sobre todo entre los varones. La carga de enfermedad y muerte atribuible al tabaco sobre consumidores y fumadores pasivos continúa siendo muy elevada, siendo especialmente preocupantes el mantenimiento de la edad de inicio y el elevado consumo entre mujeres y jóvenes.

Según datos del Eurobarómetro (2014), el consumo de tabaco ha disminuido en Europa 6 puntos porcentuales durante el periodo 2006-2014, hasta alcanzar un valor mínimo del 26% de la población adulta. En 2014, un 29% de los adultos españoles se declaró fumador, 3 puntos por encima del promedio de la UE pero 5 puntos menos que en 2006. Los hombres siguen fumando más que las mujeres (31% frente al 22%).

Los datos disponibles para Extremadura entre 1997 y 2015 indican que el tabaquismo afecta al 24-39% de los mayores de 16 años (Figura 20), lo que constituyen resultados muy elevados. Los valores de consumo de tabaco en la Comunidad Autónoma generalmente han sido superiores a la media nacional. Sin embargo, se observa una ligera tendencia descendente a partir de 2012.

Figura 20. Evolución del porcentaje de consumidores diarios de tabaco en adultos. España y Extremadura. Periodo 1997-2015



Fuentes: Encuesta EDADES (1997/1999/2001/2003/2005/2007/2009/2011/2013). Encuesta Nacional de Salud (2006/2012). Encuesta Europea de Salud (2014). Estudio de la Consultora Kantar (2015).

Se aprecia que entre los años 2001 y 2006 se produjo un descenso moderado en Extremadura del consumo diario de tabaco, con un repunte significativo entre 2007 y 2011 (alcanzando el máximo de la serie, con el 38,6% de fumadores a diario), seguida de una esperanzadora reducción a partir de 2012, hasta alcanzar un mínimo del 24,8% en 2015. Por sexos, en todos los datos existentes se constata un mayor porcentaje de varones consumidores a diario de tabaco respecto a las mujeres fumadoras, tanto en Extremadura como en España.

Estos datos se ven respaldados por la Encuesta Europea de Salud en España 2014, realizada en población de ambos sexos de 15 años o más. Ésta recoge que un 25,61% de la población extremeña consume tabaco a diario, por encima de la media nacional (22,98%), sobre todo a expensas de los varones (31,82% vs. 27,57%) frente a las mujeres extremeñas (19,51% vs. 18,6%).

Y también por un estudio realizado en 2015 por la consultora Kantar, que muestra que Extremadura es la segunda Comunidad Autónoma con menor porcentaje de adultos fumadores (24,8%), tan solo por detrás de Canarias, con un 27,4% de media estatal.

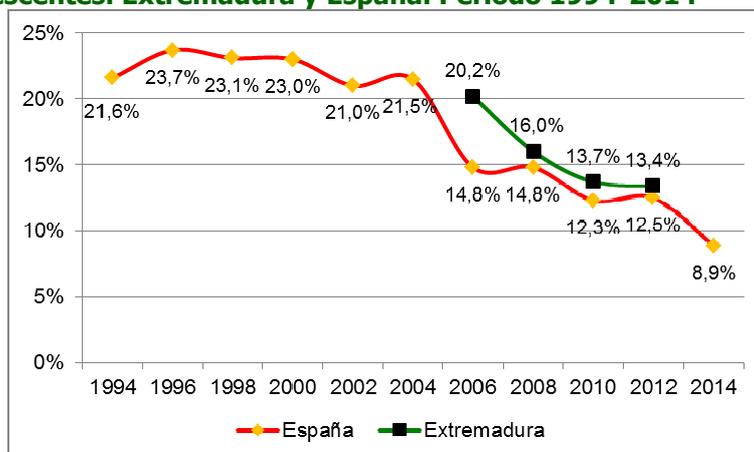
Según el estudio ENRICA (Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España), el 24,36% de la población española fuma a diario. El consumo de tabaco es algo más frecuente en hombres que en mujeres, y en las personas más jóvenes o de edad media. El 25% de la población es exfumadora; el abandono del tabaco es más frecuente en los hombres mayores y en las mujeres más jóvenes.

Pese a estos aspectos positivos, también se observan datos negativos:

- Tanto la edad media de inicio en el consumo de tabaco en Extremadura (15,8 años), como la edad media de inicio en el consumo diario de tabaco (18,3 años), continúan estando entre las más bajas de España.
- Según el estudio "El gasto en tabaco, alcohol y juego 2016" de EAE Business School, la población extremeña figura entre los españoles que más dinero gastaron en tabaco (161,23 euros anuales por persona extremeña), tan solo por detrás de Castilla-La Mancha y Murcia.
- Y como dato más negativo aparece el estudio DARIOS, que analizó la prevalencia de factores de riesgo en personas entre 35-74 años de diez Comunidades Autónomas españolas, cuyas cifras indican que Extremadura presenta el mayor porcentaje de población fumadora, tanto en varones como en mujeres.

Respecto al consumo de tabaco en adolescentes, la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2012) muestra en Extremadura una reducción significativa del porcentaje de estudiantes entre 14-18 años que fuman a diario, que ha pasado de un 20,2% en 2006 a un 13,4% en 2012, con niveles cada vez más similares a la media nacional (Figura 21). Precisamente en 2006 fue el año donde se produjo un descenso significativo del consumo diario de tabaco a nivel nacional. Esta reducción se ha confirmado a nivel nacional en el ESTUDES 2014, situando el consumo de tabaco entre adolescentes en mínimos históricos.

Figura 21. Evolución del porcentaje de consumidores diarios de tabaco entre adolescentes. Extremadura y España. Periodo 1994-2014



(*) No se dispone de datos de la Encuesta ESTUDES para Extremadura en 2014.
Fuente: Encuesta ESTUDES (2006-2014).

Actualmente, se llevan a cabo en Extremadura distintas estrategias de prevención y tratamiento del consumo de tabaco. Así, la Secretaría Técnica de Drogodependencias del SES cuenta con diferentes programas de promoción de hábitos saludables y educación para la salud.

A su vez, la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles también desarrolla diferentes actividades de prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas dentro del Programa Ciudades Saludables y Sostenibles. Concretamente, durante 2015 se realizaron 12 actividades en este ámbito, con un total de 3.400 participantes.

También existen recursos asistenciales específicos de las drogodependencias (Centros Ambulatorios de Atención a Conductas Adictivas -antiguos CEDEX- y las Unidades de Tabaquismo), que contemplan diversas estrategias para tratar de disminuir la prevalencia del consumo de tabaco en la Comunidad Autónoma y proteger la salud de los no fumadores.

A pesar de la persistencia de los elevados datos de consumo de tabaco, desde 2012 se observa una tendencia descendente en Extremadura y en España, y tanto entre adultos como en adolescentes. Durante los próximos años habrá que monitorizar esta evolución.

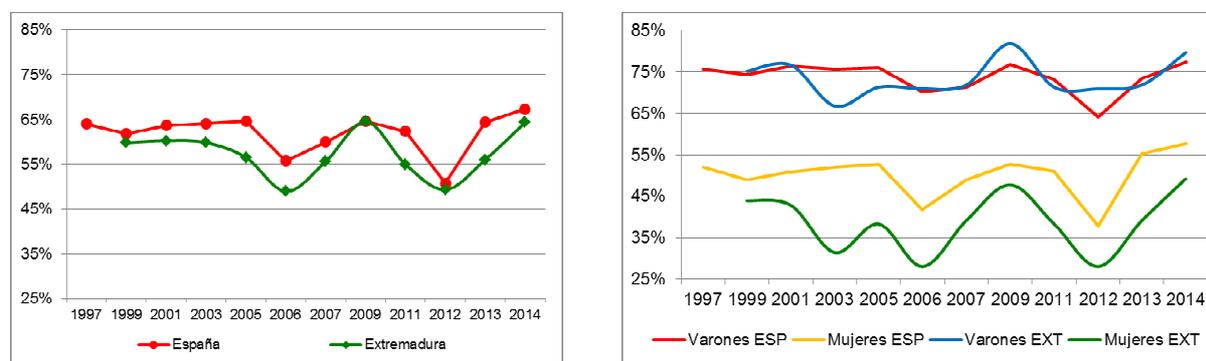
Consumo excesivo de alcohol

Otro hábito insano muy arraigado que constituye un grave problema de salud en Extremadura es el consumo excesivo de alcohol. Se relaciona con distintos tipos de cáncer, sobre todo de cavidad oral, faringe, laringe, esófago e hígado, aunque su importancia global es menos aparente que otras causas, como el tabaco o la alimentación inadecuada.

Las tendencias del consumo de alcohol son ligeramente diferentes dependiendo de la edad:

Los adultos en Extremadura presentan cifras de consumo de alcohol muy elevadas, aunque inferiores a la media nacional y con un claro predominio de los varones sobre las mujeres (Figura 22).

Figura 22. Evolución del porcentaje de consumidores de alcohol durante el último mes en adultos de Extremadura. Periodo 1997-2015



Fuentes: Encuesta EDADES (1997/1999/2001/2003/2005/2007/2011/2013). Encuesta Nacional de Salud (2006/2012). Encuesta Europea de Salud (2009/2014).

Se observan valores muy elevados pero bastante estables durante todo el periodo de estudio, con un consumo menor en Extremadura que la media nacional. Por sexos, siempre es mayor el consumo de alcohol entre los varones.

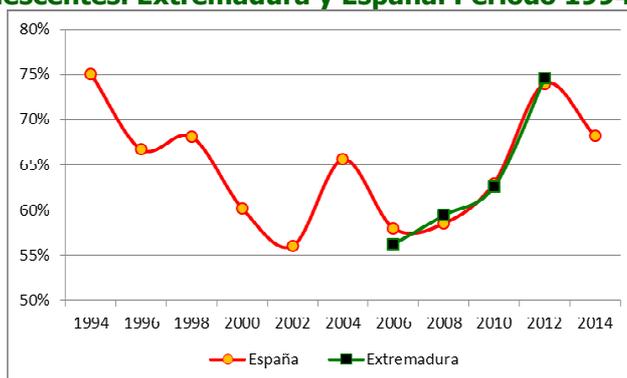
Según datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2014, realizada en población de ambos sexos de 15 años o más, el 64,34% de la población extremeña consumió alcohol durante el último año, por debajo de la media nacional (67,32%) a expensas únicamente de las mujeres extremeñas (49,28% vs. 57,66%), pues los varones extremeños superan a los españoles (79,68% vs. 77,46%).

Estas cifras son confirmadas por el estudio HERMEX, que indica que existe una menor prevalencia de consumo en Extremadura con respecto a la media nacional, sobre todo en la mujer. El consumo de riesgo medio-alto afecta fundamentalmente a hombres y se asocia a un mayor riesgo. En las mujeres el consumo de riesgo bajo se asocia a una menor prevalencia de ciertos factores de riesgo y mayor de tabaquismo.

Las cifras de consumo de alcohol durante el último mes entre los adolescentes de 14-18 años en Extremadura también son muy elevadas, aunque se caracterizan por ser muy similares a las medias del Estado (Figura 23). Se aprecia un importante incremento de las cifras de consumo de alcohol en adolescentes entre 2006 y 2012, aunque en 2014 se produce un ligero descenso a nivel nacional.

Por sexos solo se dispone de datos a nivel estatal. Aunque las cifras son muy similares para ambos sexos, se aprecian cifras ligeramente más elevadas de consumo de alcohol en las mujeres respecto a los varones.

Figura 23. Evolución del porcentaje de consumidores de alcohol durante el último mes entre adolescentes. Extremadura y España. Periodo 1994-2014



(*) No se dispone de datos de la Encuesta ESTUDES para Extremadura en 2014.
Fuente: Encuesta ESTUDES (1994-2014).

Según la encuesta ESTUDES 2012, Extremadura estaba por debajo de la media nacional en el porcentaje de adolescentes que declaraban haberse emborrachado alguna vez durante el último año (45,9% vs. 52%) y durante el último mes (26,1% vs. 30,8%), aunque las cifras eran preocupantes. En el lado contrario, la Comunidad Autónoma está por encima de la media respecto a la prevalencia de "binge drinking" entre adolescentes durante el último mes (43,4% vs. 41,8%).

El Informe a la Asamblea de Extremadura sobre el grado de cumplimiento de los objetivos de la Ley 2/2003, de 13 de marzo, de la Convivencia y el Ocio de Extremadura correspondiente a 2014, editado por el Consejo de la Convivencia y el Ocio de Extremadura, proporciona datos sobre el desarrollo de medidas y actuaciones tendentes al fomento de una adecuada utilización del ocio, muy en particular por medio de la prevención del consumo abusivo de bebidas alcohólicas y de las alteraciones de la convivencia que de aquél se derivan:

- Por parte de la administración autonómica se ejecutaron en 2014 un total de 94 proyectos, con un total de 5.431 actividades, en las que participaron 295.564 personas.
- Con respecto a los datos de la administración local, respondieron 85 ayuntamientos, 41 de la provincia de Badajoz y 44 de la provincia de Cáceres, con 122 proyectos y 2016 acciones y con un total de 64.9540 participantes.

- Con respecto al grado de efectividad de las medidas, los datos con respecto a las actuaciones de la administración regional señalan una nota media de 7,5 sobre 10. En cuanto a las medidas de la administración local, la nota media es de 6 sobre 10.

Como ya se ha indicado, la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles también desarrolla diferentes actividades de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas dentro del Programa Ciudades Saludables y Sostenibles. Concretamente, durante 2015 se realizaron 12 actividades en este ámbito, con un total de 3.400 participantes.

El consumo de alcohol en Extremadura se mantiene en valores muy elevados. A pesar de las actuaciones realizadas, aún no existe una clara conciencia social del peligro que supone el alcohol, especialmente entre los jóvenes.

Riesgo ocupacional

La proporción atribuible a la mortalidad por cáncer debida a factores ocupacionales ha sido estimada en un 3-4%, aunque en los grupos laboralmente expuestos puede ser superior debido a la concentración del riesgo.

Actualmente se contemplan numerosos agentes ocupacionales relacionados con la aparición de cáncer. Ciertas sustancias de especial repercusión en el ámbito laboral, como hidrocarburos, citostáticos, óxido de etileno, minerales, disolventes, pesticidas, amianto, asbesto o radón, pueden incrementar el riesgo de aparición de cáncer, incluyendo:

- Cáncer de pulmón por exposición a la contaminación del aire.
- Cáncer de mama por exposición a plaguicidas antes de la pubertad.
- Leucemia por exposición al 1,3-butadieno.
- Linfoma no Hodgkin (LNH) por exposición a pesticidas y disolventes.
- Cáncer de próstata por exposición a plaguicidas, hidrocarburos aromáticos policíclicos y fluidos para trabajar metales o aceites minerales.

En este sentido, el informe del European Risk Observatory titulado "Exposure to carcinogens and work-related cancer: A review of assessment methods" (2014) indica que, además de los factores de riesgo conocidos y establecidos como productos químicos, la radiación y los factores biológicos, se están identificando otros factores y condiciones que podrían causar cáncer, como los nanotubos de carbono y los compuestos perturbadores endocrinos.

El nuevo Marco Estratégico de la Unión Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo 2014-2020 (Comisión Europea, 2014) ha definido como uno de sus tres retos principales la prevención de las enfermedades relacionadas con el trabajo, y ha puesto el énfasis en el coste del cáncer ocupacional para los trabajadores y para los Sistemas de Seguridad Social, y destaca la importancia de anticipar los efectos negativos potenciales de las nuevas tecnologías sobre la salud y la seguridad de los trabajadores.

Según datos del CAREX (sistema de información europeo sobre exposición a carcinógenos ocupacionales) alrededor de 32 millones de trabajadores de la Unión Europea (el 23% del total de los trabajadores de la UE) y 3 millones de trabajadores en España (25% de la población activa) estuvieron expuestos a alguno de los agentes cancerígenos clasificados por la IARC (Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer de la OMS) como cancerígeno conocido para el hombre (categoría 1) o como probablemente carcinógeno (categoría 2 A).

El CAREX estimó que la contaminación de tipo profesional presente con más frecuencia en nuestro medio se debe a las radiaciones solares, el humo ambiental del tabaco y la sílice, para las que ya existen normas específicas de prevención. La Unión Europea estima que el tumor de origen ocupacional más frecuente es el cáncer de pulmón.

Las exposiciones más comunes en España fueron la radiación solar (1.084.000 de trabajadores expuestos al menos un 75% del tiempo de trabajo), humo de tabaco ambiental (670.000 de trabajadores expuestos al menos el 75% del tiempo laboral), sílice cristalino (405.000 expuestos), polvo de madera (398.000), radón y sus productos de desintegración (280.000), los humos de escape de motor diesel (274.000), el plomo y compuestos inorgánicos de plomo (103.000), fibra de vidrio, benceno y dibromuro de etileno (80-90.000).

Existe legislación sobre las medidas de prevención que deben aplicarse a las exposiciones laborales de posibles cancerígenos, que deben evitar en gran medida el cáncer de origen profesional y que se orientarán a grupos específicos de trabajadores expuestos a sustancias cancerígenas en su ámbito laboral.

Sin embargo, en España todavía son pocas las comunicaciones de tumores con sospecha de su origen ocupacional. Y resultan aún más escasos los cánceres laborales reconocidos oficialmente como Enfermedad Profesional en nuestro país, especialmente cuando los comparamos con otros países de Europa (Tabla 6).

Tabla 6. Cánceres laborales reconocidos oficialmente como Enfermedad Profesional en diferentes países de Europa. Año 2004

País	Población (millones)	Nuevos tumores/año	Cánceres profesionales estimados	Cánceres reconocidos como Enf. Profesional	% de cánceres reconocidos
Francia	57,3	250.000	10.000	900	9%
Reino Unido	57,5	241.875	9.670	806	8,34%
Alemania	79,1	367.641	14.700	1.889	12,85%
Bélgica	10,2	46.339	1.850	149	8,05%
Dinamarca	5,1	29.657	1.180	79	6,69%
Finlandia	5,2	22.201	890	110	12,36%
España	41,8	161.748	6.470 - 13.587	6	0,04 - 0,09%

Datos poblacionales de 2002 y cánceres laborales reconocidos oficialmente de 2004.

Fuente: Kogevinas M. et al. Cáncer laboral en España. 2005.

Atendiendo a la variable del diagnóstico médico de la enfermedad (codificada según criterios CIE 10-Eurostat EODS Project), durante el periodo 2007-2012 se notificaron al CEPROSS (Observatorio de Enfermedades Profesionales) un total de 96 partes cerrados de baja por neoplasias malignas, distribuyéndose en 83 trabajadores y 13 trabajadoras (Tabla 7). Las neoplasias malignas notificadas con mayor frecuencia son el mesotelioma (38,6% del total) y el cáncer de pulmón (30,2%).

Tabla 7. Distribución de las neoplasias malignas de origen profesional notificadas al CEPROSS. España. Periodo 2007-2012

Tipo de neoplasia maligna	Casos (total)	% (total)	Casos (varones)	Casos (mujeres)
Cáncer de hígado	1	1%	0	1
Cáncer de la cavidad nasal	4	4,2%	4	0
Cáncer de sinonasal o etmoidal	1	1%	1	0
Cáncer de laringe	8	8,3%	1	7
Cáncer de pulmón	29	30,2%	29	0
Cáncer cutáneo	6	6,3%	4	2
Mesotelioma / Cáncer de pleura	37	38,6%	35	2
Cáncer de vejiga	7	7,3%	7	0
Leucemia	3	3,1%	2	1
TOTAL	96	100%	83	13

Datos poblacionales de 2002 y cánceres laborales reconocidos oficialmente de 2004.

Fuente: Kogevinas M. et al. Cáncer laboral en España. 2005.

El Informe Anual 2015 del Observatorio de Enfermedades Profesionales (CEPROSS) y de Enfermedades Causadas o Agravadas por el Trabajo (PANOTRATSS), proporciona información sobre el número de partes de enfermedades profesionales comunicados en el periodo 2007-2015 y causados por el "Grupo 6. Agentes cancerígenos", en total 184 partes con baja y otros 184 sin baja, lo que supone menos del 0,5% sobre total de partes por todas las enfermedades. Tabla 8.

Tabla 8. Número de partes de enfermedades profesionales causados por el "Grupo 6. Agentes cancerígenos". España. Periodo 2007-2015

Grupo 6. Agentes cancerígenos				
Año	Partes con baja	Partes sin baja	Total	% sobre total de enfermedades
2007	11	4	15	0,09%
2008	26	8	34	0,18%
2009	28	16	44	0,26%
2010	14	11	25	0,15%
2011	18	57	75	0,42%
2012	17	34	51	0,33%
2013	34	20	54	0,32%
2014	27	20	47	0,27%
2015	9	14	23	0,12%
TOTAL	184	184	368	-

Fuente: Informe Anual 2015 del Observatorio de Enfermedades Profesionales (CEPROSS) y de Enfermedades Causadas o Agravadas por el Trabajo (PANOTRATSS)

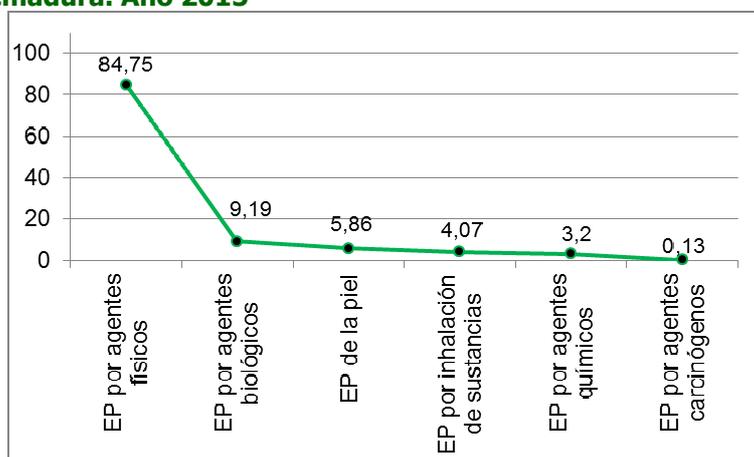
Este Informe también indica que la mayor duración media de las enfermedades de origen profesional se produce en el "Grupo 6. Agentes cancerígenos", con más de 266 días de media. Por sexos es muy llamativa la duración media en mujeres por esta causa, con 649 días por los 219 en varones.

El índice de incidencia de enfermedades profesionales representa el número de enfermedades profesionales (EP) diagnosticadas en un año determinado con baja por cada cien mil trabajadores expuestos al riesgo. A su vez, el índice normalizado de incidencia de enfermedad profesional es el valor del índice de incidencia de EP, pero normalizado en función de la estructura productiva, lo que permite comparar los resultados entre las distintas Comunidades Autónomas de nuestro país. Ambos índices son proporcionados en España por el CEPROSS.

Concretamente, el índice normalizado de incidencia de EP para el año 2015 presenta un valor bastante bajo en Extremadura: 107,2 EP por cada 100.000 trabajadores expuestos. La Comunidad Autónoma ocupa la cuarta posición a nivel estatal, tan solo por detrás de Madrid, Canarias y las Islas Baleares.

Al distribuir el total de 107,2 EP por 100.000 trabajadores en Extremadura durante 2015 por causas, se observa que el índice normalizado de incidencia de EP por agentes carcinógenos presenta un valor muy reducido, tan solo de 0,13 diagnósticos por 100.000 trabajadores y año (Figura 24), que es muy similar al del resto de Comunidades Autónomas españolas.

Figura 24. Distribución del índice normalizado de incidencia de EP por causas. Extremadura. Año 2015



Fuente: CEPROSS.

La mortalidad por cáncer debida a factores ocupacionales se estima al menos en un 3-4% de la mortalidad total, a causa de numerosos agentes ocupacionales relacionados con la aparición de cáncer. Sin embargo, en España todavía son pocas las comunicaciones de tumores con sospecha de origen ocupacional. Y resultan aún más escasos los cánceres laborales reconocidos oficialmente como Enfermedad Profesional, especialmente cuando los comparamos con otros países de Europa.

Radiaciones ultravioletas

El sol emite distintas radiaciones, entre las que destacan las radiaciones ultravioletas de tipo A (UVA) y B (UVB). La exposición excesiva o inadecuada a las radiaciones ultravioleta ha sido establecida como un factor de riesgo de cáncer de piel, que durante 2014 provocó en Extremadura 464 altas hospitalarias y un total de 25 defunciones por melanoma maligno de la piel.

Durante las últimas décadas, ha aumentado significativamente la prevalencia de los casos de cáncer cutáneos relacionados con la exposición a las radiaciones ultravioletas en todos los países de la UE, lo que se relaciona con el incremento de la exposición solar. Así, la exposición a las radiaciones

ultravioletas merece una especial consideración en Extremadura, dada su relación con el desarrollo de tumores cutáneos y nuestra especial ubicación geográfica.

La prevención primaria iría dirigida a evitar la aparición del cáncer de piel en la población general y, especialmente, en las personas de riesgo. Desde la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales se han puesto en marcha campañas de difusión con las recomendaciones del Código Europeo Contra el Cáncer, relativas a la protección solar, encaminadas a disminuir el tiempo total de exposición, particularmente en población infantil. De todos modos, resulta imprescindible continuar informando de los hábitos y costumbres adecuados en relación con la exposición solar, así como de sus riesgos.

Existe legislación nacional y regional sobre las radiaciones ultravioletas para la regulación, formación, registro e inspección de las empresas que ofrecen cabinas de bronceado (UVA), cuyo control es realizado por la Dirección General de Salud Pública del SES.

El incremento de los casos de cáncer cutáneos relacionados con la exposición a las radiaciones ultravioletas hace necesario priorizar la prevención primaria dirigida a evitar la aparición del cáncer de piel en la población general y, especialmente, en las personas con un mayor riesgo.

Infecciones

Es conocido el papel oncogénico de algunos virus. Los virus para los que se ha encontrado una evidencia clara de relación causal con algunos tipos de cáncer son:

- Virus linfotrópico T humano tipo 1 (HTLV-1): leucemia/linfoma de células T del adulto.
- Virus de la hepatitis B (VHB): cáncer de hígado.
- Virus de la hepatitis C (VHC): cáncer de hígado.
- Virus de Epstein-Barr (VEB): linfoma de Burkitt, linfoma de Hodgkin, cáncer de nasofaringe.
- Papilomavirus (VPH): los tipos 16/18 se asocian más con el cáncer de cuello uterino.

En Extremadura se realiza la vacunación de la hepatitis B a los recién nacidos en tres dosis: 0-1-6 meses. La cobertura frente a Hepatitis B en recién nacidos: 93,58%.

Hepatitis B:	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primovacunación 0-1 año:	94,37%	92,86%	94,12%	94,19%	96,8%	92,5%	93,58%

Como consecuencia del desarrollo científico y de la evidencia disponible, se ha conseguido una vacuna efectiva frente al papilomavirus. Extremadura incorporó dicha vacuna a su Calendario de Vacunaciones Sistemáticas en 2008, administrando tres dosis de la vacuna frente al VPH en las niñas de 14 años(*), consiguiendo desde entonces una cobertura vacunal media del 81,88%. La cobertura en 2015 fue del 80,31%.

VPH:	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	95,93%	85,2%	75,17%	78,09%	80,9%	82,5%	80,31%

(*). Según el Decreto 204/2016, de 14 de diciembre, por el que se aprueba el calendario íntegro de vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura, a partir del 1 de enero de 2017 la vacuna frente al virus del papiloma humano pasa a administrarse a niñas de 12 años de edad.

Las medidas más efectivas contra las infecciones de virus oncogénicos son la vacunación contra la hepatitis B en menores de 1 año y la vacunación contra el VPH en niñas de 12 años(*). Ambas presentan una adecuada cobertura vacunal.

3. PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER. PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ

La prevención secundaria (prevención aplicada antes de la aparición de síntomas), tiene como objeto la detección de la enfermedad en un estadio inicial, en el que la aplicación de un tratamiento precoz resulta más efectiva. El prototipo de prevención secundaria son las actividades de detección precoz o cribado.

El cribado en el control de enfermedades significa realizar pruebas a personas sanas para detectar la presencia de enfermedades que aún no producen síntomas. El cribado permite detectar los casos de cáncer en una fase temprana. De este modo, algunas lesiones pueden someterse a un tratamiento más efectivo y las personas afectadas pueden tener mayores esperanzas de curación. El principal indicador de la eficacia del cribado es el descenso de la mortalidad específica por la enfermedad.

ACTUACIONES ESPECÍFICAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER EN EXTREMADURA

Cáncer de mama

El cáncer de mama es un problema prioritario en Salud Pública. Anualmente se diagnostican en España 16.000 nuevos casos, sumando Extremadura unas 400 mujeres con esta enfermedad.

La morbilidad hospitalaria por cáncer de mama en Extremadura viene aumentando desde 2005, hasta alcanzar 856 altas hospitalarias en 2014, habiendo descendido ligeramente en 2015 hasta las 825. Sin embargo, la mortalidad anual por esta causa se mantiene en cifras bastante estables desde finales de los años 80 del siglo pasado, alrededor de las 150 defunciones anuales (aunque en 2015 se han alcanzado las 201 muertes por esta causa), gracias entre otros motivos al cribado poblacional.

Se ha comprobado que la realización de mamografías periódicas conduce a una disminución del riesgo de morir por esta enfermedad. Existe acuerdo en utilizar la mamografía como test único de detección precoz: no se recomienda su combinación con exploración física ni con autoexploración mamaria.

Desde el año 1998, la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales desarrolla en Extremadura el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM), que se organiza en rondas de cribado de dos años de duración (la 8ª ronda de cribado finalizó el 31 de diciembre de 2014)

Este Programa cuenta como recursos con: 1 Unidad Central de Gestión (ubicada en el Servicio Extremeño de Salud), 2 Unidades Móviles para la realización de las mamografías a mujeres que residen en núcleos rurales, 11 Unidades Fijas para la realización de mamografías a mujeres que residen en núcleos urbanos, y 8 Unidades de Lectura. Todas las mamografías son estudiadas por dos radiólogos de forma independiente, emitiendo un informe consensuado por ambos.

El objetivo final del Programa es la disminución de la mortalidad por esta enfermedad en las mujeres, asegurando la equidad y la accesibilidad de todas ellas. El Programa establece como prueba la mamografía. Actualmente se dirige a todas las mujeres residentes en Extremadura con edades comprendidas entre los 50 y 69 años; además se incluyen en él aquellas mujeres de 40 a 49 años con antecedentes de cáncer de mama en familiares de primer grado (madre, hija, hermana).

En base al acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS de 23 de julio de 2013, se decidió que el cribado del cáncer de mama se extienda a todo el país para las mujeres de 50-69 años, siendo una prueba bienal (que concuerda con lo que ya se realiza en Extremadura).

Desde el inicio del Programa, en la Comunidad se han realizado 8 rondas de cribado. Los principales resultados de la 8ª ronda de cribado (2013-2014) se relacionan en la Tabla 9:

Tabla 9. Principales resultados del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de Extremadura. 8ª ronda de cribado (2013-2014)

Características	Resultado aceptable	Resultados 8ª ronda	Resultado óptimo
Tasa de participación	>65%	77%	>75%
Tasa de recitación	<7%	2,50%	<5%
Tasa de valoraciones adicionales	<5%	3,90%	<1%
Tasa de detección (x 1.000)	1,2-2,1 x 1.000	3,7 x 1.000	Mayor
Tasa de carcinomas "in situ"	20%	13,44%	>30%
Tasa de cánceres mínimos	25%	60%	>50%
Tasa de afectación ganglionar	<20%	Sin datos	Menor
Valor predictivo positivo (estándar)	5-10%	8,90%	5-10%

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Otros resultados importantes son:

- Población diana: 128.213 mujeres.
- Población elegible: 123.115 mujeres.
- Participación: 94.536 mujeres (77% de participación).
- Diagnóstico: En esta ronda se diagnosticaron un total de 357 cánceres, con una tasa de detección del 3,7‰. Más del 60% se diagnosticaron en estadios iniciales.

Respecto a los estudios complementarios, 3.752 (3,9%) de las 94.536 mujeres participantes han necesitado exploraciones complementarias para llegar a un diagnóstico (Tabla 10).

Tabla 10. Pruebas complementarias por grupos de edad y sexo realizadas en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de Extremadura. 8ª ronda de cribado (2013-2014)

Grupos de edad	Mamografías realizadas	Pruebas complementarias	Tasa de pruebas complementarias
Mujeres <50 años	1.702	169	10%
Mujeres de 50-55 años	35.456	1.919	5,4%
Mujeres 56-60 años	23.012	718	3%
Mujeres de 61-65 años	19.703	567	2,8%
Mujeres 66-69 años	14.663	379	2,6%

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

En cuanto a los tiempos medios de espera son los siguientes:

- Tiempo medio entre realización de mamografía y consenso de la misma: media global de 28,5 días, con máximo de 37,5 días y mínimo de 20 días.
- Tiempo medio entre mamografía y realización de prueba complementaria: media global de 35 días, con máximo de 52 días y mínimo de 22 días.

El Consejo de Gobierno de 22 de octubre de 2013 autorizó al SES la contratación, por un importe de 1.909.000 euros, del Programa de Cribado del Cáncer de Mama 2014-2016, a través de unidades móviles de mamografía que permiten realizar el cribado a aquellas mujeres en cuyas localidades no existe un hospital. Esto asegura la continuidad del Programa.

Cáncer de cérvix

La mortalidad por cáncer de cuello de útero es muy reducida en Extremadura, siempre por debajo de las 20 defunciones anuales (14 muertes en 2015); sin embargo, su tendencia es ligeramente ascendente.

En Extremadura se viene realizando desde 1983 la detección precoz del cáncer de cérvix de forma oportunista desde los Centros de Orientación Familiar, las consultas externas de Ginecología de las diferentes áreas de salud y algunos centros de atención primaria (dos citologías iniciales espaciadas por un año y, si son negativas, con periodicidad cada tres años, desde el inicio de relaciones sexuales hasta los 65 años; se excluyen mujeres sin cuello de útero y sin relaciones sexuales).

Sin embargo, existe un consenso generalizado para recomendar la puesta en marcha de programas de cribado poblacional de cáncer de cérvix, a pesar que la magnitud de este problema de salud en España es baja. Según los estudios realizados, se recomienda iniciar el cribado entre los 25-35 años, con un intervalo recomendado entre pruebas de 5 años y nunca por debajo de 3 años.

En este sentido, el acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS de 23 de julio de 2013 decidió que el cribado del cáncer de cérvix se extienda a todo el Estado para las mujeres entre 25 y 65 años. Por todo ello, el Servicio Extremeño de Salud prevé la puesta en marcha de un Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cérvix en Extremadura durante los próximos años.

Por otra parte, el desarrollo de vacunas es una nueva opción para prevenir e incluso combatir las infecciones por papilomavirus. Actualmente se administran en el Calendario de Vacunaciones Sistemáticas de Extremadura tres dosis de la vacuna frente al VPH en las niñas de 12 años(*). Desde 2008 se ha conseguido una cobertura vacunal del 81,88%.

() Según el Decreto 204/2016, de 14 de diciembre, por el que se aprueba el calendario íntegro de vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura, a partir del 1 de enero de 2017 la vacuna frente al virus del papiloma humano pasa a administrarse a niñas de 12 años de edad.*

Cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal constituye un problema de salud prioritario en Extremadura, por su elevada incidencia y mortalidad entre la población de ambos sexos, habiendo ocasionado más 6.000 muertes en la Comunidad Autónoma durante el periodo 2000-2015, lo que supone una media de 381,6 defunciones al año por esta causa. Por sexos se han producido durante este periodo un total de 3.492 muertes en varones y 2.614 en mujeres.

La prueba de cribado del cáncer colorrectal consiste en la realización de un test de sangre oculta en heces y, en caso de dar positivo, se lleva a cabo una colonoscopia, que permite su diagnóstico precoz en enfermos sin síntomas. Dado el significativo aumento de la tasa de supervivencia si el tumor se detecta en una fase inicial frente a si se diagnostica en fases más avanzadas (95% frente al 5-15% de supervivencia a los 5 años), se estima que el cribado del cáncer colorrectal podría reducir la mortalidad asociada entre un 18% y un 33%.

Por este motivo, en la Comunidad Autónoma se han desarrollado distintas iniciativas ciudadanas y de profesionales que abogaban por el establecimiento de un Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal en Extremadura, incluyendo las demandas realizadas en este mismo sentido dentro del Consejo Asesor del Cáncer del SSPE.

Por todo ello, y tras la realización de un Proyecto Piloto previo, el Servicio Extremeño de Salud ha iniciado durante el mes de febrero de 2016 el Programa de Cribado para la Detección Precoz del Cáncer Colorrectal de Extremadura. Este Programa de Cribado dio comienzo en el Área de Salud de Coria y se extenderá progresivamente al resto de áreas de salud de la Comunidad Autónoma.

Esta ronda inicial de cribado tendrá una duración de 2 años (2016-2017) y a ella están invitados a participar todos los extremeños y extremeñas entre 60 y 64 años, unas 60.000 personas en total, por ser el tramo de edad con mayor número de cánceres colorrectales que se pueden prevenir. El SES prevé una participación final de alrededor del 40%. Para siguientes rondas del Programa está previsto ampliar progresivamente la cobertura a toda la población entre 50 y 69 años.

Cribado en otros tipos de cáncer

En otros tipos de cáncer (piel, próstata o pulmón) no se ha establecido con certeza la efectividad del cribado en la población general, por lo que éste no se realiza en Extremadura.

En la Comunidad Autónoma se realiza desde 1998 el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Extremadura, con resultados positivos. En 2016 se ha iniciado el Programa de Cribado del Cáncer Colorrectal de Extremadura, con la previsión de que se vaya ampliando progresivamente la cobertura del mismo. Respecto al cáncer de cérvix, en Extremadura se realiza cribado oportunista del mismo pero se prevé la puesta en marcha de un programa de cribado específico durante los próximos años.

CONSEJO GENÉTICO EN SÍNDROMES DE PREDISPOSICIÓN HEREDITARIA AL CÁNCER

Se considera que un 10% de todos los casos de cáncer tienen un componente genético hereditario como principal factor de riesgo. Los síndromes de cáncer hereditario más frecuentes son el Síndrome de Cáncer de Mama y Ovario Hereditario (CMOH) y el Síndrome de Lynch (SL, antes conocido como síndrome de cáncer de colon hereditario no polipósico). Otros síndromes menos frecuentes, pero en los que la determinación de la alteración genética también resulta importante son la Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF), la Neoplasia Endocrina Múltiple, entre otros.

Como recursos en este ámbito, Extremadura dispone de:

- Unidad de Cáncer Hereditario del Complejo Hospitalario de Cáceres (Área de Salud de Cáceres), en funcionamiento desde 2006 y que cuenta con 40 profesionales. Esta Unidad es de referencia regional y cuenta con la acreditación concedida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
En sus primeros 10 años de actividad se han identificado 150 familias portadoras de mutaciones relacionadas con síndromes de cáncer hereditario de toda Extremadura.
En estas familias, casi 1.000 individuos conocen su estado de portador. Aproximadamente la mitad de ellos, unos 450, son portadores de estas mutaciones y llevan a cabo estrategias de prevención primaria o secundaria, debido al mayor riesgo de padecer cáncer a lo largo de su vida, permitiendo la prevención y/o el diagnóstico precoz de lesiones malignas. Además, más de 70 mujeres han optado por la realización de cirugía profiláctica, sobre todo salpingooforectomía por vía laparoscópica y mastectomía profiláctica.
- Una Consulta de Cáncer Hereditario en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Infanta Cristina (Área de Salud de Badajoz), que trabaja en estrecha colaboración con la Unidad de Cáncer Hereditario de Cáceres.
- Un Laboratorio de Cáncer Hereditario y Genética del Cáncer, perteneciente al Servicio de Inmunología y Genética Molecular del Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. En él se realizan los estudios de Secuenciación Genética tanto de los pacientes índice como de los familiares. Estos estudios consisten en la ultrasecuenciación simultánea de paneles de 80 genes

implicados en cáncer hereditario. Se estudian además las mutaciones en oncogenes (K-ras, N-ras, Braf, etc.), lo que permite una Medicina Personalizada de Precisión. Dispone de los siguientes recursos: Secuenciador Masivo MiSeq (Illumina), Secuenciador Capilar (AB3130), Pirosecuenciador Quiagen.

Extremadura cuenta con recursos en el ámbito del cáncer hereditario, especialmente en Cáceres y también en Badajoz. Todos ellos funcionan en estrecha colaboración.

4. TRASCENDENCIA DEL CÁNCER

Actualmente el cáncer constituye uno de los principales problemas de salud para la población extremeña. Es causa fundamental de morbilidad, discapacidad y disminución de la calidad de vida, ocasionando importantes repercusiones socioeconómicas a nuestra sociedad.

Y el paulatino envejecimiento de nuestra población, así como la elevada prevalencia de hábitos insanos y de los principales factores de riesgo pueden provocar, a medio y largo plazo, un incremento de las cifras de cáncer en Extremadura.

MORTALIDAD MOTIVADA POR EL CÁNCER

Mortalidad por cáncer

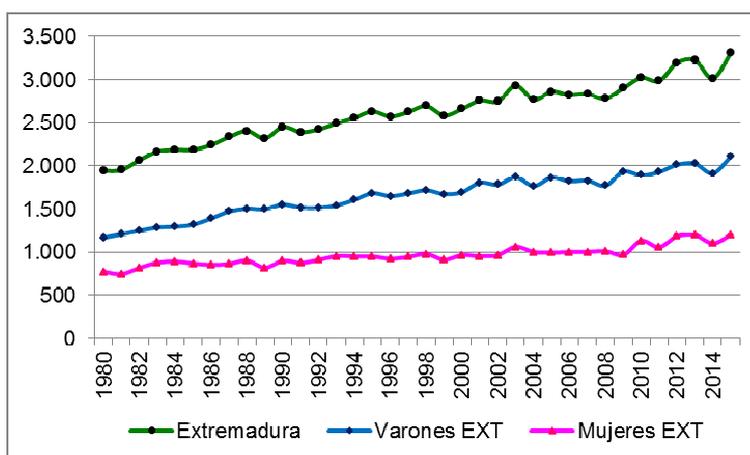
España y Extremadura tienen una tasa de mortalidad por cáncer relativamente baja en comparación con el conjunto de los países de la UE.

Según el INE, el cáncer constituye la segunda causa de muerte en España y en Extremadura tras las enfermedades cardiovasculares. En la Comunidad Autónoma se registraron durante el año 2015 un total de 3.307 defunciones por cáncer (2.107 en varones y 1.200 en mujeres), que representaron el 28,71% del total de muertes (35,86% en varones y 21,27% en mujeres).

Por sexos, el cáncer es la primera causa de muerte en varones y la segunda, tras las enfermedades cardiovasculares, en mujeres.

La evolución del número de defunciones por cáncer en Extremadura durante el periodo 1980-2015 (Figura 25) muestra un incremento continuado de la mortalidad tumoral en Extremadura, sobre todo entre los varones, aunque se observa una cierta estabilización durante los últimos cinco años.

Figura 25. Evolución del número de defunciones por cáncer. Extremadura. Periodo 1980-2015

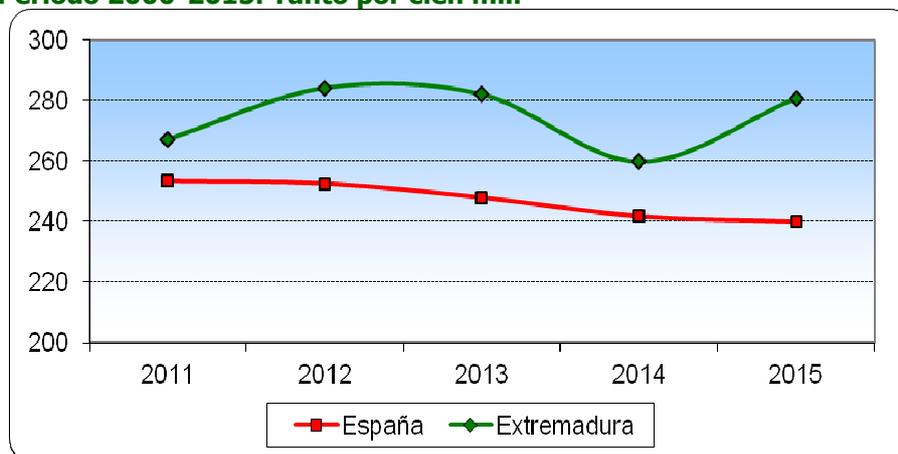


(*) Varones EXT = varones de Extremadura. Mujeres EXT = mujeres de Extremadura.
Fuente: INE. Defunciones según Causa de Muerte.

La tasa estandarizada de mortalidad por tumores, que permite la comparación entre el Estado español y las distintas Comunidades Autónomas, alcanzó los 281 casos por 10⁵ habitantes en Extremadura (240 en España), la cifra más elevada del Estado español (Figura 26), con un importante repunte

respecto al año precedente. En varones también se ocupa el primer puesto, siendo la única Comunidad que supera los 400 casos por 10⁵ habitantes (concretamente 419). Mientras que las mujeres se encuentran en la segunda posición, tan solo por detrás de Melilla, con 178 casos por 10⁵ habitantes.

Figura 26. Tasa estandarizada de mortalidad por tumores^(*). España y Extremadura. Periodo 2000-2015. Tanto por cien mil.



(*) A partir de 2011 se emplea una estructura de edades común con la población estándar europea, lo que permite comparaciones a nivel geográfico, temporal y entre sexos a partir de esa fecha. Fuente: INE. Defunciones según Causa de Muerte.

Durante el periodo 2011-2015, las tasas estandarizadas de mortalidad por tumores han descendido significativamente a nivel nacional. Sin embargo, esta tendencia no se observa en Extremadura, por lo que ha aumentado de forma preocupante la diferencia respecto a la media nacional.

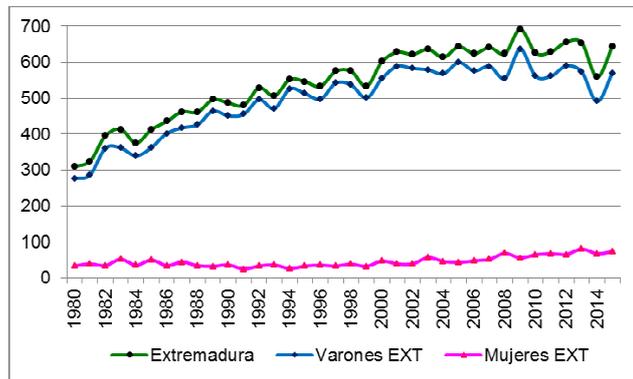
Además, también crecen de forma moderada tanto el número total como el porcentaje de defunciones por cáncer respecto al total de defunciones desde el año 2000, tanto en hombres como en mujeres, debido al progresivo envejecimiento de la población y al descenso en la mortalidad de otras patologías, sobre todo de las enfermedades cardiovasculares.

Según el estudio "Time trends in municipal distribution patterns of cancer mortality in Spain" (2014), los patrones de mortalidad observados durante los 20 años que abarca el estudio (1989-2008) para los tumores colorrectales, de pulmón y de estómago se mantuvieron bastante estables. El cáncer de próstata y los tumores estudiados en mujeres no mostraron un patrón definido.

Los tumores más importantes en términos de mortalidad según los datos proporcionados por el INE son los siguientes:

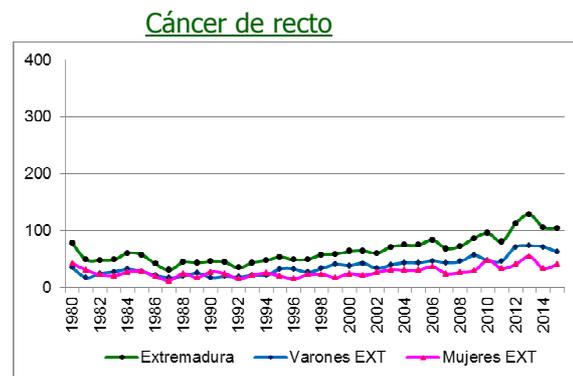
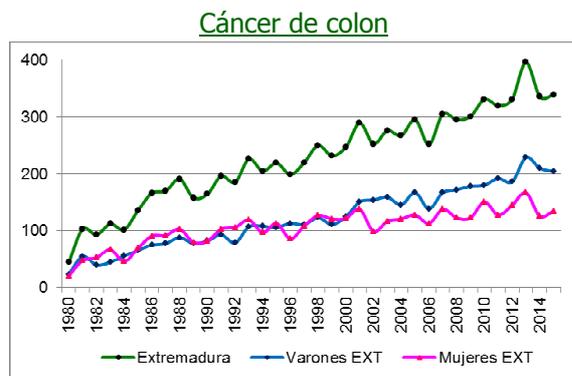
Figura 27. Número de defunciones por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Extremadura. Periodo 1980-2015

- Tráquea, bronquios y pulmón (27,1% de la mortalidad total por cáncer en varones y 6,2% en mujeres). Su tendencia es ascendente, hasta superar las 600 muertes anuales. Por sexos, el número de defunciones es muy superior en varones. Figura 27.



Fuente: INE. Defunciones según Causa de Muerte.

Figura 28. Número de defunciones por cáncer de colon y por cáncer de recto. Extremadura. Periodo 1980-2015

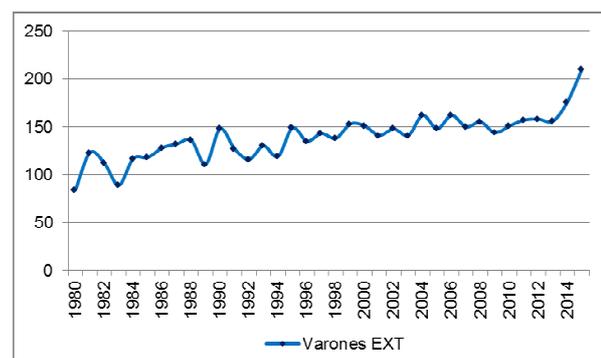


Fuente: INE. Defunciones según Causa de Muerte.

- Colon (9,7% de la mortalidad total por cáncer en varones y 11,3% en mujeres). Su tendencia es ascendente, hasta superar las 300 muertes anuales. Por sexos, el número de defunciones es ligeramente superior en varones. Figura 28.
- Recto (su número de defunciones es muy inferior). Su tendencia es ascendente, hasta superar las 100 muertes anuales. Por sexos el número de defunciones es ligeramente superior en varones. Figura 28.

Figura 29. Número de defunciones por cáncer de próstata. Extremadura. Periodo 1980-2015

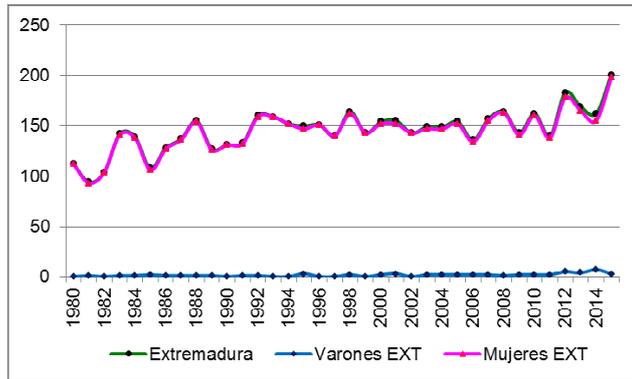
- Próstata (10% de la mortalidad total por cáncer en varones). Su tendencia es ascendente, hasta superar las 200 muertes anuales. Se trata de un tumor que solo puede presentarse en varones. Figura 29.



Fuente: INE. Defunciones según Causa de Muerte.

Figura 30. Número de defunciones por cáncer de mama. Extremadura. Periodo 1980-2015

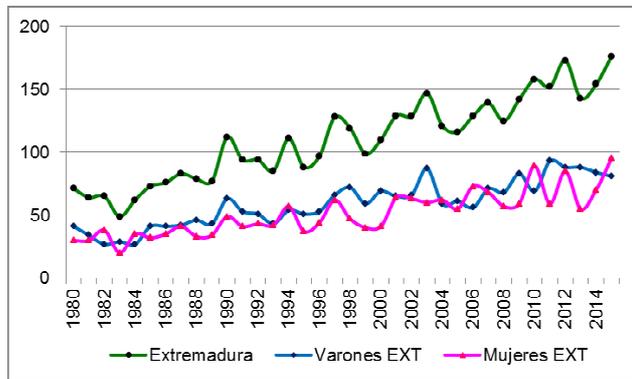
- Mama (16,5% de la mortalidad total por cáncer en mujeres). Su tendencia es bastante estable desde finales de los años 80, con valores alrededor de las 150 defunciones anuales, aunque en los últimos años parece estar aumentando, hasta superar en 2015 las 200 muertes. Por sexos, es un tipo de tumor mucho más frecuente en mujeres. Figura 30.



Fuente: INE. Defunciones según Causa de Muerte.

Figura 31. Número de defunciones por cáncer de páncreas. Extremadura. Periodo 1980-2015

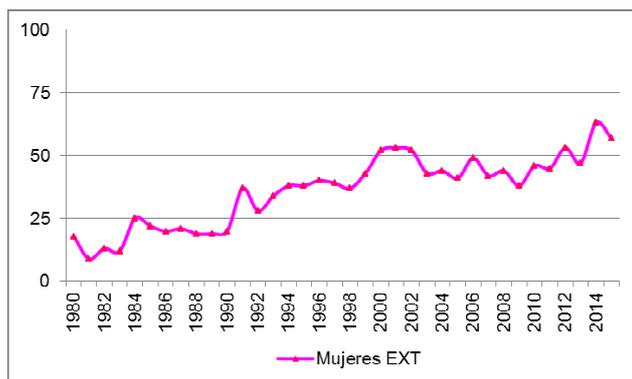
- Aunque no se aprecian grandes diferencias por sexos en el número total de defunciones por cáncer de páncreas, éste supone el 7,9% de la mortalidad total por cáncer en mujeres, por tan solo el 3,2% en varones. Su tendencia es ascendente, hasta superar las 170 muertes anuales. Figura 31.



Fuente: INE. Defunciones según Causa de Muerte.

Figura 32. Número de defunciones por cáncer de ovario. Extremadura. Periodo 1980-2015

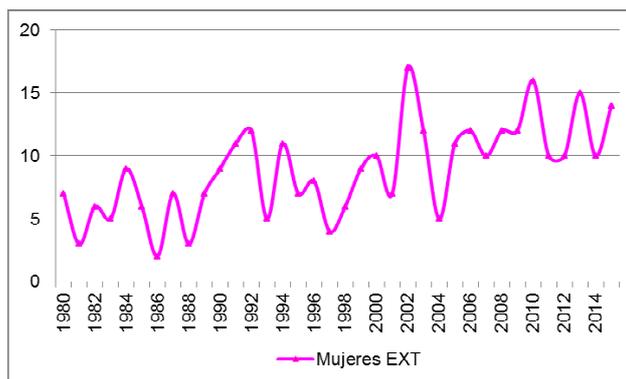
- Ovario. El número de defunciones por cáncer de ovario es bastante reducido. Sin embargo, su tendencia es ascendente, hasta superar las 50 muertes anuales. Se trata de un tipo de tumor que solo aparece en mujeres. Figura 32.



Fuente: INE. Defunciones según Causa de Muerte.

Figura 33. Número de defunciones por cáncer de cuello de útero. Extremadura. Periodo 1980-2015

- El número de defunciones por cáncer de cuello de útero es muy reducido en Extremadura, siempre por debajo de las 20 muertes anuales; a pesar de ello, su tendencia es ligeramente ascendente. Se trata de un tipo de tumor que solo aparece en mujeres. Figura 33.



Fuente: INE. Defunciones según Causa de Muerte.

Considerando el factor edad, durante 2015 los tumores constituyeron la principal causa de muerte en Extremadura en los grupos de edad de entre 1 y 14 años (con 3 defunciones, igualado a las causas externas de mortalidad), así como entre 40 y 79 años.

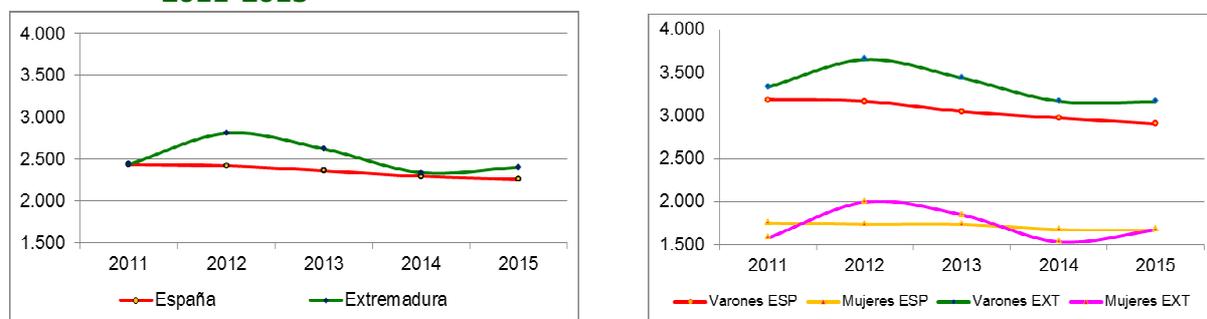
Años potenciales de vida perdidos por cáncer (APVP)

Los APVP proporcionan información sobre las defunciones en edades jóvenes, siendo un reflejo de la mortalidad prematura. Los tumores constituyen la primera causa de APVP en Extremadura, con un total de 23.812 APVP en 2015 y una media de 13,11 APVP (por los 14,17 APVP de media en España).

Por sexos, los varones continúan presentando cifras de APVP muy superiores a las mujeres: 15.449,5 APVP en varones por 8.362,5 APVP en mujeres. Sin embargo, la media de APVP es superior en mujeres, tanto en Extremadura (14,1 en mujeres por 12,6 en varones) como en España (15,4 en mujeres por 13,5 en varones).

La tasa estandarizada de APVP, que permite la comparación entre las Comunidades Autónomas y el Estado español, alcanza los 2.404 APVP en Extremadura (ligeramente superior a los 2.260 APVP de media nacional), con valores muy estables aunque con una leve tendencia descendente durante los últimos años. Figura 34.

Figura 34. Tasa estandarizada de APVP por tumores. España y Extremadura. Periodo 2011-2015



(*) A partir de 2011 se emplea una estructura de edades común con la población estándar europea, lo que permite comparaciones a nivel geográfico, temporal y entre sexos a partir de esa fecha.

Fuente: INE. Defunciones según Causa de Muerte.

Por sexos se observan valores superiores en varones, que prácticamente duplican a las cifras de las mujeres. Mientras los varones extremeños superan la media española, las mujeres extremeñas presentan resultados similares a la media nacional.

La mortalidad por cáncer presenta una realidad compleja, probablemente matizada por el elevado grado de envejecimiento de la población extremeña y por la mayor supervivencia de las personas afectadas por esta enfermedad. El número total de defunciones por cáncer y por los principales tipos de tumores tiene una tendencia ascendente en Extremadura. Sin embargo, la tasa ajustada de mortalidad por cáncer es relativamente baja en comparación con el conjunto de países de la UE y además presenta una tendencia ligeramente descendente durante los últimos años, lo mismo que los valores de APVP.

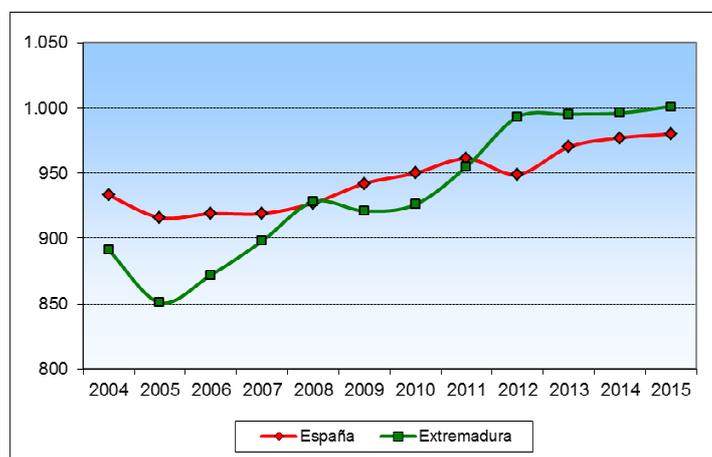
MORBILIDAD HOSPITALARIA POR CÁNCER

Los tumores constituyen una importante causa de ingreso hospitalario, originando 10.887 altas hospitalarias durante 2015 en Extremadura, el 9,28% del total.

Por sexos, los tumores produjeron 5.810 altas hospitalarias en varones y 5.077 en mujeres.

Según el INE, la tasa de morbilidad hospitalaria por tumores alcanzó las 1.001 altas hospitalarias por 10⁵ habitantes durante 2015 en Extremadura. Desde 2012, este dato ha pasado a ser algo superior a la media nacional (980 altas/10⁵ habitantes en 2015) (Figura 35).

Figura 35. Tasa de morbilidad hospitalaria por cáncer. España y Extremadura. Periodo 2004-2015



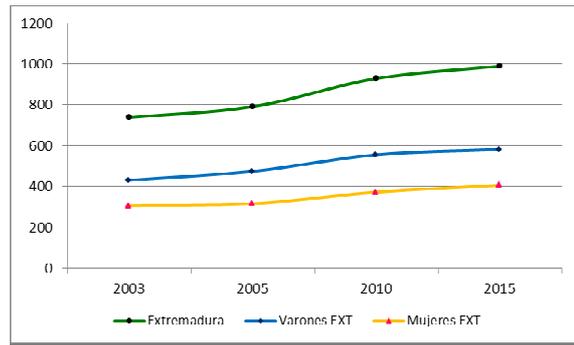
Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Se observa una tendencia general ascendente, aunque a partir de 2012 se ha estabilizado la tasa de morbilidad hospitalaria por tumores en Extremadura en cifras próximas a las 1.000 altas hospitalarias por cien mil habitantes anuales, datos ligeramente superiores a la media nacional.

Los tumores más importantes en términos de morbilidad hospitalaria son los siguientes:

Figura 36. Número de altas hospitalarias por cáncer de colon y recto. Extremadura. Periodo 2003-2015

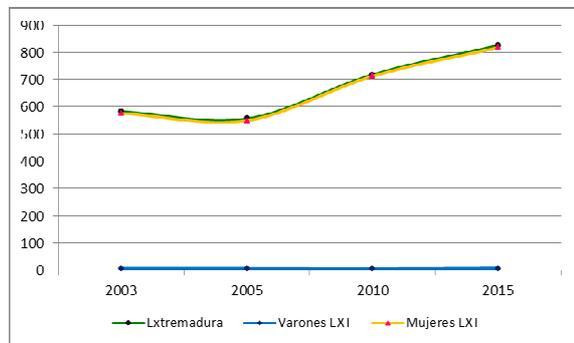
- Cáncer colorrectal (989 altas hospitalarias durante 2015). Su tendencia es ascendente, hasta superar las 1.000 altas hospitalarias anuales en 2014. Por sexos, las cifras son superiores en varones. Figura 36.



Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Figura 37. Número de altas hospitalarias por cáncer de mama. Extremadura. Periodo 2003-2015

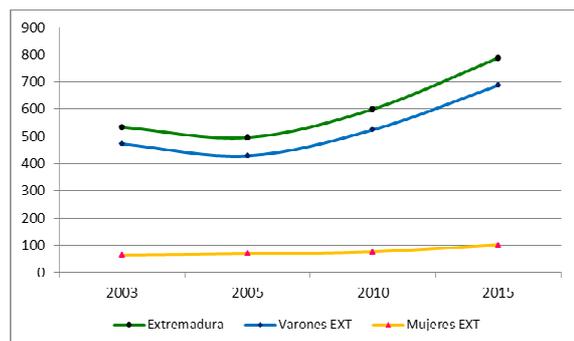
- Cáncer de mama (825 altas hospitalarias durante 2015). Su tendencia aumenta a partir de 2005, hasta superar las 800 altas hospitalarias anuales. Es un tumor casi exclusivo de mujeres. Figura 37.



Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Figura 38. Número de altas hospitalarias por cáncer de vejiga. Extremadura. Periodo 2003-2015

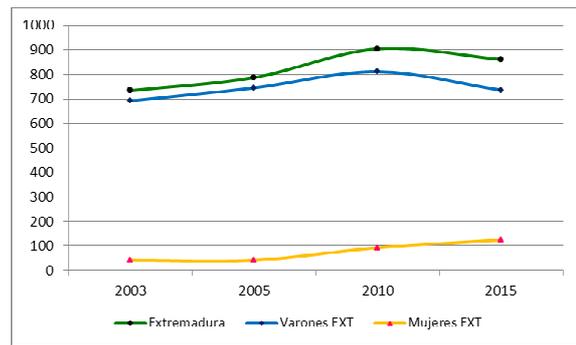
- Cáncer de vejiga (787 altas hospitalarias durante 2015). Su tendencia parece ascender a partir de 2005, hasta superar las 800 altas hospitalarias anuales en 2014. Por sexos, las cifras son muy superiores en varones. Figura 38.



Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Figura 39. Número de altas hospitalarias por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Extremadura. Periodo 2003-2015

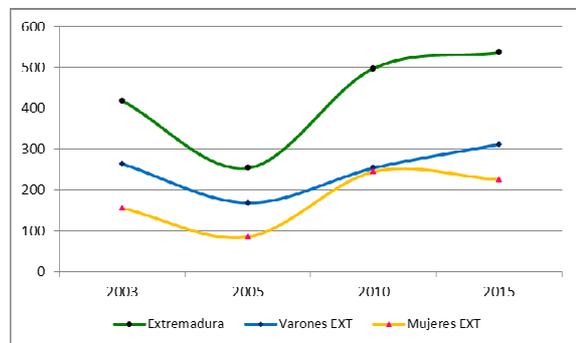
- Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (861 altas hospitalarias durante 2015). Su tendencia parece descender ligeramente a partir de 2010, a expensas de los varones. Por sexos, las cifras son muy superiores en varones, aunque las altas aumentan en mujeres. Figura 39.



Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Figura 40. Número de altas hospitalarias por cáncer de piel. Extremadura. Periodo 2003-2015

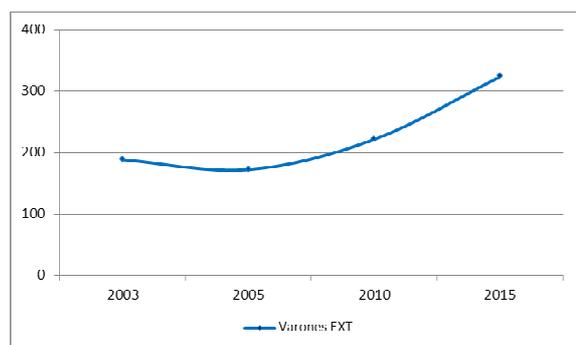
- Cáncer de piel (536 altas hospitalarias durante 2015). Su tendencia parece estabilizarse durante los últimos años. Por sexos, las cifras son ligeramente superiores en varones. Figura 40.



Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Figura 41. Número de altas hospitalarias por cáncer de próstata. Extremadura. Periodo 2003-2015

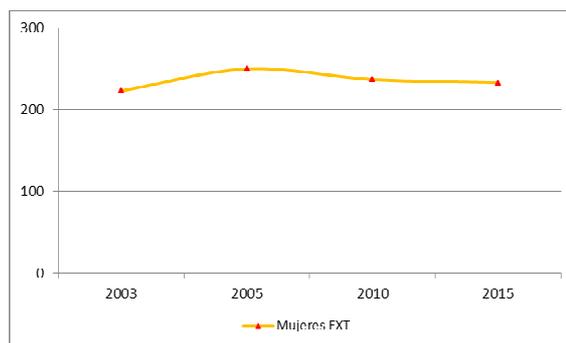
- Cáncer de próstata (323 altas hospitalarias durante 2015). Su tendencia parece ascender a partir de 2005 hasta superar las 300 altas hospitalarias anuales. Se trata de un tumor exclusivo de varones. Figura 41.



Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Figura 42. Número de altas hospitalarias por cáncer de útero. Extremadura. Periodo 2003-2015

- Cáncer de útero (233 altas hospitalarias durante 2015). Su tendencia permanece bastante estable durante el periodo estudiado. Se trata de un tumor exclusivo de mujeres. Figura 42.



Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Finalmente, destacar que la estancia media por cáncer en Extremadura fue de 7,75 días (7,91 días de media nacional). Desde 2014 se han revertido las cifras que hasta entonces mostraban una mayor estancia media por cáncer en la Comunidad Autónoma.

Por sexos, la estancia media es significativamente superior en varones (8,5 días, dato similar a los 8,61 días de media nacional), que entre las mujeres extremeñas (6,89 días, dato inferior a los 7,13 días de media nacional).

MORBILIDAD POR CÁNCER EN ATENCIÓN PRIMARIA

Según datos de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) correspondientes a 2013, el número de casos de problemas de salud de origen tumoral atendidos por Atención Primaria en Extremadura fue bastante elevado, con un total de 27.313 casos.

Entre los problemas de salud relacionados con el cáncer más destacados en Atención Primaria destacaron los siguientes por número de casos atendidos:

- Lipomas, con 3.075 casos y datos similares en varones y mujeres.
- Neoplasias malignas de la mama en la mujer, con 3.023 casos.
- Neoplasias malignas de colon/recto, con 2.142 casos y mayor incidencia en varones.
- Neoplasias malignas de la piel, con 2.126 casos y datos similares en varones y mujeres.
- Neoplasias malignas de próstata en el varón, con 1.623 casos.
- Neoplasias benignas del aparato genital femenino, con 1.587 casos.
- Otros tipos de neoplasias, como los tumores del aparato digestivo, aparato urinario, aparato respiratorio, linfomas, leucemias, etc., son atendidos con menor frecuencia en Atención Primaria.

La morbilidad general por cáncer y la causada por los principales tumores es bastante elevada en Extremadura.

A nivel hospitalario, la morbilidad por cáncer presenta una tendencia ascendente en la Comunidad Autónoma, con valores ligeramente superiores a la media nacional. Sin embargo, la estancia media por cáncer se ha reducido hasta alcanzar datos inferiores a la media del Estado.

ESTIMACIONES DE INCIDENCIA DEL CÁNCER

La incidencia de cáncer es el número de casos nuevos de esta enfermedad en una población y en un periodo determinado, generalmente un año. Puede expresarse como el número absoluto de casos nuevos en un año o como el número de casos nuevos por 100.000 personas por año.

Se estima que uno de cada dos-tres varones y una de cada tres-cuatro mujeres sufrirán cáncer a lo largo de su vida. Cada año aumenta su incidencia debido al progresivo envejecimiento de la población; pero se reduce su mortalidad gracias a los avances en el diagnóstico precoz y el tratamiento, lo que ha supuesto un aumento significativo del número de pacientes con esta patología.

Respecto a la incidencia de cáncer en nuestro entorno, España presenta en varones unas tasas ajustadas inferiores a las del promedio de la UE, mostrando en mujeres las tasas de incidencia más bajas en relación con el resto de países de la UE.

El patrón que se observa en la mayoría de los registros españoles muestra una incidencia muy elevada de tumores relacionados con el consumo de alcohol y tabaco (tumores de laringe, esófago, pulmón y vejiga). Así, en mujeres está aumentando la incidencia del cáncer de pulmón, reflejando el cambio en los patrones de consumo de tabaco.

Según estimaciones del proyecto GLOBOCAN 2012 (IARC de la OMS), recogidas en el documento "Las Cifras del Cáncer en España 2016" (informe anual editado por la Sociedad Española de Oncología Médica -SEOM-), sobre la incidencia de cáncer en España en 2012 y la predicción para 2020, se prevé un importante incremento de la incidencia de tumores en España (Tabla 11).

Tabla 11. Estimación de la incidencia de cáncer (excluyendo tumores cutáneos no melanoma) en España 2012 y predicción para 2020, por grupos de edad y sexo

Nº estimado de nuevos casos	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	2012	2020	2012	2020	2012	2020
Todas las edades	215.534	246.713	128.550	148.998	86.984	97.715
<65 años	85.427	97.282	46.202	54.031	39.225	43.251
≥65 años	130.107	149.431	82.348	94.967	47.759	54.464

Fuente: Proyecto GLOBOCAN 2012 (IARC de la OMS).

Los tumores más frecuentemente diagnosticados para la población general en España durante 2012 fueron el cáncer de colon (32.240 casos nuevos), seguido del cáncer de próstata (27.853 casos nuevos), pulmón (26.715 casos nuevos), mama (25.215 casos nuevos) y vejiga (13.789 casos nuevos).

Sin embargo, si expresamos la incidencia de los distintos tumores por sexos, los casos que más frecuentemente se diagnosticaron en varones en España durante 2012 fueron el cáncer de próstata (27.853 casos nuevos), el cáncer de pulmón (21.780 casos nuevos), el cáncer de colon (19.261 casos nuevos), el cáncer de vejiga (11.584 casos nuevos) y el cáncer gástrico (4.866 casos nuevos). La incidencia de estos tumores continuará aumentando en los próximos años.

Por su parte, los tumores más frecuentemente diagnosticados en España durante 2012 en mujeres fueron, por este orden, el cáncer de mama (25.215 casos nuevos), colon (12.979 casos nuevos), útero (5.121 casos nuevos), pulmón (4.935 casos nuevos) y ovario (3.236 casos nuevos).

A su vez, los datos recientemente publicados por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), obtenidos aplicando los ratios de incidencia/mortalidad a las estimaciones nacionales de mortalidad y recogidos en el documento "Las Cifras del Cáncer en España 2017", el número total de nuevos casos de cáncer en España en 2015 fue de 247.771 (148.827 en varones y 98.944 en mujeres), datos muy similares a las previsiones realizadas por el proyecto GLOBOCAN 2012 para el año 2020 (Tabla 12), aunque con cinco años de antelación.

Los tipos de cáncer más frecuentemente diagnosticados en el año 2015 fueron colorrectal (41.441 casos), próstata (33.370 casos), pulmón (28.347 casos), mama (27.747 casos) y vejiga (21.093 casos). En la Tabla 12 se muestra la estimación de la incidencia de los tipos de cáncer más frecuentemente diagnosticados en España por sexo durante el año 2015.

Tabla 12. Estimación de la incidencia de los tipos de cáncer más frecuentemente diagnosticados en España por sexo. Año 2015

Varones			Mujeres		
Tipos de cáncer	Número de nuevos casos	Tasa de incidencia	Tipos de cáncer	Número de nuevos casos	Tasa de incidencia
Próstata	33.370	103,4	Mama	27.747	88,3
Colorrectal	24.764	77,8	Colorrectal	16.677	42
Pulmón	22.430	74,1	Útero	6.160	18,7
Vejiga	17.439	55,7	Pulmón	5.917	9
Estómago	5.150	16,2	Vejiga	3.654	8

(*) Tasas de incidencia por 100.000 personas-año, estandarizadas por edad (población europea).

Fuente: REDECAN. Cancer Incidence in Spain 2015. Clin Transl Oncol. DOI 10.1007/s12094-016-1607-9

Según REDECAN, el número de tumores diagnosticados ha experimentado un crecimiento constante en España durante los últimos 20 años, debido no sólo al aumento poblacional sino también a las técnicas de detección precoz y al aumento de la esperanza de vida (ya que el riesgo de desarrollar tumores aumenta con la edad). Se calcula que uno de cada dos hombres y casi una de cada tres mujeres tendrá cáncer a lo largo de su vida.

Además, la Encuesta Europea de Salud en España 2014, realizada en población de ambos sexos de 15 años o más, muestra un porcentaje de adultos en Extremadura que declaran haber padecido un tumor maligno durante el último año del 10,1 por mil, inferior a la media nacional (15,7 por mil). La incidencia declarada fue mayor en varones (14,4 por mil) respecto a las mujeres extremeñas (5,9 por mil).

España presenta tasas ajustadas de incidencia de tumores inferiores a las de la mayoría de países de la UE. Sin embargo, se estima que durante los próximos años puede aumentar en Extremadura tanto la incidencia de las enfermedades tumorales (debido al intenso proceso de envejecimiento de la población extremeña) como la prevalencia de las mismas (a causa de las mejoras en el tratamiento y por el incremento de la supervivencia).

SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER

Según datos de la OMS correspondientes a 2012 (proyecto GLOBOCAN 2012), España es en números absolutos uno de los países europeos en los que se diagnostican más tumores y en los que fallecen un mayor número de personas por cáncer. Sin embargo, ello se debe a que contamos con una de las mayores esperanzas de vida del mundo.

De este modo, al comparar la incidencia y mortalidad por cáncer ajustadas por edad en población europea, ambas se reducen en nuestro país de forma significativa; de tal modo que España se encuentra entre los países europeos con menor incidencia y mortalidad por cáncer ajustadas por edad.

De acuerdo con el estudio EUROCORE 5 (European Cancer Registry based study on survival and care of cancer patients) para los años 2005-2007, aunque las cifras de mortalidad causadas por tumores son muy elevadas, los estudios indican que la supervivencia relativa a 5 años de los pacientes con cáncer ha aumentado de forma continua en los últimos años en todos los países europeos, especialmente para el Linfoma no Hodgkin y el cáncer de recto (en probable relación con los avances en el tratamiento), y para el cáncer de próstata (en probable relación con el diagnóstico precoz).

Comparando los porcentajes de supervivencia obtenidos en EUROCORE entre el periodo 1999-2001 y 2005-2007, los incrementos más significativos de la supervivencia en Europa se han producido para el cáncer de próstata (73,4% vs. 81,7%), linfoma no Hodgkin (53,8% vs. 60,4%) y cáncer rectal (52,1% vs. 57,6%).

Dentro de la Unión Europea, España se sitúa entre los países con mejores tasas de supervivencia para la mayoría de tipos de cáncer.

Según el informe "Supervivencia de Cáncer en España, 2000-2007", publicado por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) en 2014 y basado en los datos de EUROCORE 5, la supervivencia global a los 25 tipos de cáncer estudiados que se observa a los 5 años en España, para personas de ambos sexos de 15 a 99 años, es del 46,31% (41,24% en varones y 53,97% en mujeres).

Los tumores con mayor supervivencia observada a los 5 años en España para ambos sexos son el cáncer de tiroides (87,44%), el linfoma de Hodgkin (82,74%) y el melanoma cutáneo (76,62%). Además de los mencionados, en varones también sobresalen el cáncer de testículo (94%) y el cáncer de próstata (68,63%); mientras que en mujeres se deben mencionar el cáncer de mama (78,85%), el cáncer de cuerpo uterino (70,15%), el cáncer de cuello uterino (63,42%) y el cáncer de ovario (40,23%).

Las peores supervivencias observadas a los 5 años en España corresponden a los tumores de páncreas (4,33%), seguidos por los tumores de esófago (8,56%), pulmón (9,27%), hígado (11,25%), sistema nervioso central (11,68%), tracto biliar (11,94%) y estómago (20,22%).

Las tasas de supervivencia están aumentando en todos los países europeos. España presenta tasas de supervivencia elevadas con respecto a otros países de la Unión Europea.

TUMORES INFANTILES

La OMS, a partir de su Informe Mundial sobre el Cáncer 2008, diferencia entre cáncer infantil (que agrupa los tumores diagnosticados en población pediátrica menor de 15 años de edad), y cáncer del adolescente (que incluye todos los casos que ocurren entre los 15 y los 19 años de edad). Sin embargo, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, aunque menciona al cáncer en la infancia y adolescencia, usa el término general de tumores infantiles, que será el que se emplee indistintamente en este documento.

Aunque poco frecuente, el cáncer infantil tiene gran impacto sobre las familias y es un importante problema de salud. Los resultados asistenciales han progresado mucho, pero en los países desarrollados es la primera causa de muerte por enfermedad en la infancia. Los pacientes curados pueden tener secuelas de por vida.

Los tumores infantiles difieren en muchos aspectos de los tumores de los adultos. Una de las mayores diferencias radica en la imposibilidad actual de una prevención primaria eficaz del cáncer infantil, por lo que la lucha contra esta enfermedad continúa basándose en los avances del diagnóstico precoz (para el que es muy importante el profesional de Pediatría de Atención Primaria) y los avances terapéuticos.

En Extremadura, actúa como unidad de referencia en el ámbito de los tumores infantiles la Unidad Regional Multidisciplinaria de Oncohematología Pediátrica, ubicada en el Hospital Materno Infantil de Badajoz.

La incidencia del cáncer infantil en España es de 155,5 casos nuevos anuales por millón de niños/as de 0-14 años, similar a la de otros países europeos. Por lo tanto, alrededor de 1.100 niños/as españoles, de los cuales unos 24 procederían de Extremadura, enferman de cáncer cada año. Se constata durante las últimas décadas que mientras la incidencia de los tumores infantiles se mantiene estable o aumenta ligeramente en España, la mortalidad de muchos de ellos ha sufrido un importante descenso debido especialmente a los avances terapéuticos.

Según el estudio EUROCARE 5, el cáncer infantil en Europa sigue siendo un problema de salud pública. Durante el periodo 2005-2007, la supervivencia global a los 5 años del diagnóstico en los niños/as (0-14 años) para todos los tipos de cáncer combinados fue bastante elevada (79%), habiéndose incrementado 3 puntos desde el periodo 1999-2001. Sin embargo, no se ha logrado ningún progreso en los tumores malignos pediátricos con el peor pronóstico.

Desde 1980 existe en España un Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEHOP), con el cometido de efectuar una investigación epidemiológica que contribuya a mejorar la asistencia del cáncer infantil en España y el conocimiento de estos tumores. Según datos del RNTI, que en la actualidad registra más del 90% de los tumores infantiles y juveniles diagnosticados en España, en nuestro país se detectan entre 1.100 y 1.200 casos nuevos por año en población infantil y juvenil de 0 a 19 años, lo que supone entre el 0,5-1% del total de neoplasias.

En Extremadura se registran todos los casos atendidos en la Unidad Regional Multidisciplinar de Oncohematología Pediátrica, ubicada en el Hospital Materno-Infantil de Badajoz. En la Tabla 13 se representan los 416 casos registrados entre 1990 y 2011 (22 años): las principales causas fueron las leucemias (33,2% del total), seguidas de los tumores del sistema nervioso central (15,1%) y los linfomas (12,7%).

Tabla 13. Casos de cáncer infantil de 0-14 años de edad registrados en Extremadura. RNTI-SEHOP 1990-2011

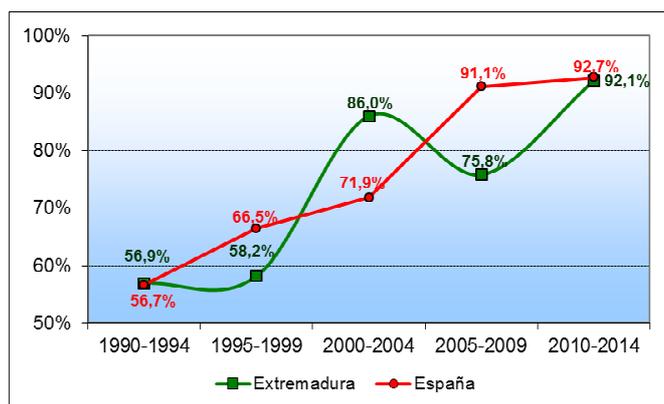
GRUPOS DIAGNÓSTICOS	GRUPOS DE EDAD								TOTAL	
	0 años		1-4 años		5-9 años		10-14 años			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leucemias	7	5,1	65	47,1	42	30,4	24	17,4	138	33,2
Linfomas	0	0,0	7	13,2	25	47,2	21	39,6	53	12,7
SNC	2	3,2	23	36,5	27	42,9	11	17,5	63	15,1
SNS	16	41,0	18	46,2	3	7,7	2	5,1	39	9,4
Retinoblastomas	5	35,7	9	64,3	0	0,0	0	0,0	14	3,4
Renales	3	13,6	12	54,5	6	27,3	1	4,5	22	5,3
Hepáticos	1	16,7	4	66,7	0	0,0	1	16,7	6	1,4
Óseos	0	0,0	1	3,2	6	19,4	24	77,4	31	7,5
STB	3	11,5	5	19,2	11	42,3	7	26,9	26	6,3
Células germinales	5	41,7	3	25,0	2	16,7	2	16,7	12	2,9
Carcinomas y epiteliales	0	0,0	0	0,0	3	33,3	6	66,7	9	2,2
Otros y no especificados	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	3	0,7
TOTAL	43	10,3%	149	35,8%	125	30,0%	99	23,8%	416	100%

Fuente: Peris Bonet R, et al. Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2011. Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEHOP). Valencia: Universitat de València, 2012

Según datos del Informe del RNTI-SEHOP 1980-2014, en el Hospital Materno-Infantil de Badajoz se han detectado 475 tumores infantiles (0-14 años), excepto síndrome mielodisplásico y otras enfermedades mieloproliferativas, durante el periodo 1990-2014 (25 años en total). Sin embargo, se esperaba diagnosticar un total de 656 casos, por lo que la cobertura media de incidencia en Extremadura durante el periodo 1990-2014 ha sido del 72,41%, dato ligeramente inferior al 75,78% de media nacional (Figura 43).

Los resultados muestran una tendencia ascendente en el diagnóstico de los tumores infantiles en menores de 0 a 14 años, tanto en España como en Extremadura.

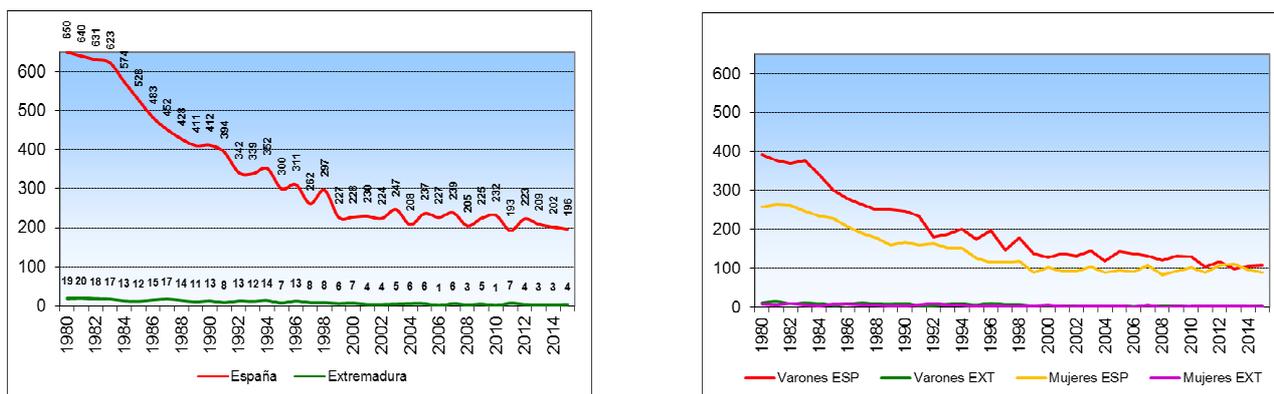
Figura 43. Cobertura media de detección de tumores infantiles (0-14 años), excepto síndrome mielodisplásico y otras enf. mieloproliferativas. Extremadura. Periodo 1990-2014



Fuente: Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEHOP). Informe 1980-2014.

Según datos del INE, la evolución de la mortalidad por tumores infantiles (0-14 años) tanto en España como en Extremadura es muy positiva, con un descenso significativo en el número de defunciones durante el periodo 1980-2015 (Figura 44). Porcentualmente, este descenso ha sido muy superior en Extremadura que la media nacional. Por sexos, se aprecian cifras ligeramente más elevadas en varones que en mujeres.

Figura 44. Número de defunciones por tumores infantiles (0-14 años). Extremadura y España. Periodo 1980-2015

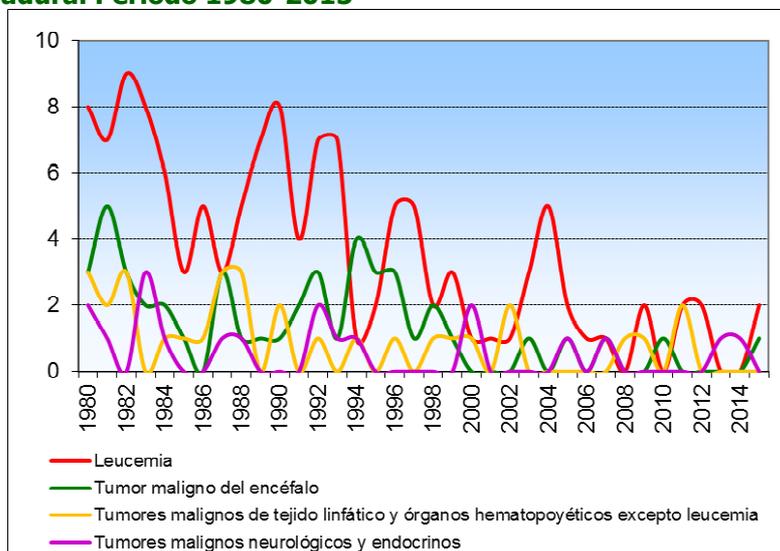


Fuente: INE. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte.

En Extremadura, los tumores provocaron la muerte de 4 menores de 0-14 años durante 2015. Se trata de una cifra de defunciones bastante estable durante el periodo 2000-2015 en la Comunidad Autónoma (entre 1 y 7 muertes anuales).

Por causas de muerte, los tumores infantiles (0-14 años) que provocaron un mayor número de defunciones en Extremadura entre 1980-2015 fueron las leucemias y los tumores malignos del encéfalo, del tejido linfático y órganos hematopoyéticos (excepto leucemia), y de origen neurológico y endocrino (Figura 45).

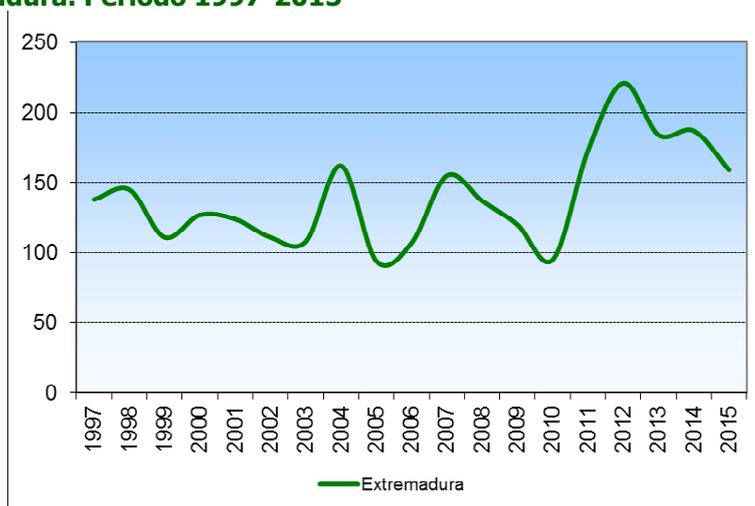
Figura 45. Principales tipos de tumores infantiles (0-14 años) por número de defunciones. Extremadura. Periodo 1980-2015



Fuente: INE. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte.

Respecto a la morbilidad hospitalaria, se observa una tendencia desigual en el número total de altas hospitalarias por tumores infantiles (0-14 años) en hospitales de Extremadura, con cifras situadas entre las 100-200 altas anuales (Figura 46).

Figura 46. Número de altas hospitalarias por tumores infantiles (0-14 años) en hospitales de Extremadura. Periodo 1997-2015



Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

La incidencia de los tumores infantiles se mantiene estable. Sin embargo, ha disminuido significativamente la mortalidad por esta causa durante las últimas décadas, sobre todo por las mejoras asistenciales. Por su parte, el número de altas hospitalarias tiene una tendencia desigual durante los últimos años.

5. RECURSOS Y ACTUACIONES EN RELACIÓN CON EL CÁNCER

Las personas con sospecha de padecer un cáncer deben disponer de una atención sanitaria adecuada y accesible, empleando medios diagnósticos y terapéuticos eficientes, basados en la evidencia científica.

SERVICIOS SANITARIOS

Desde 2002, la competencia de la atención sanitaria asistencial sobre la población beneficiaria de la Seguridad Social corresponde al Sistema Sanitario Público de Extremadura, fundamentalmente a través del Servicio Extremeño de Salud (SES).

Actualmente la organización sanitaria dispone de 8 áreas de salud. Todas cuentan con un hospital de área y, en algunos casos, se implementan otros hospitales complementarios, formando los llamados complejos hospitalarios, que actúan funcional y estadísticamente como un solo centro sanitario. En cada área de salud se desarrollan actividades de internamiento clínico y asistencia especializada, incluyendo además la promoción de la salud, la medicina preventiva y rehabilitadora, la investigación y la docencia.

En el ámbito de la Atención Primaria se desarrollan acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación desde los propios recursos de ese nivel, así como en coordinación con profesionales y estructuras del hospital de área y centros de especialidades.

La población extremeña presenta carencias en relación con los hábitos de vida saludables y los factores de riesgo de cáncer, que hay que intentar reducir como uno de los principales objetivos para lograr la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Las actuaciones de impulso y apoyo a la educación para la salud y a la prevención deberán ser realizadas tanto desde el propio Sistema Sanitario, fundamentalmente desde Atención Primaria como puerta de entrada de los ciudadanía, como desde otros ámbitos (educativo, comunitario, etc.).

SALUD PÚBLICA

En este sentido hay que destacar el papel que desempeña la Dirección General de Salud Pública, adscrita al Servicio Extremeño de Salud, que realiza una serie de funciones que resultan fundamentales para el mantenimiento de la salud pública en general, como: procesos en materia de promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad, prevención y reinserción de las drogodependencias, control sanitario de los establecimientos públicos y de los riesgos ambientales, alimentarios y zoonóticos a los que pueda estar expuesta la población, etc.

En los diferentes ámbitos relacionados con la salud pública, Extremadura dispone de distintos recursos y se realizan una serie de actuaciones.

Participación Comunitaria en Salud

Desde el Servicio de Participación Comunitaria en Salud, adscrito a la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, se trabaja en:

- La promoción y coordinación de la participación comunitaria en salud en el SSPE, con especial atención a las asociaciones de pacientes y familiares, quienes realizarán labores de información y atención a pacientes y familiares, así como promoción de la prevención y de estilos de vida saludables.
- El impulso de la EpS, al objeto de fomentar hábitos de vida saludables entre la población general y, en particular, entre los grupos de riesgo.

En este campo contamos en Extremadura con:

- Equipos multidisciplinares de EpS en las Gerencias de las Áreas de Salud del SES, con la función de impulsar y realizar actividades de promoción de la salud en su territorio. Además, algunas zonas de salud disponen de la figura de Responsable de EpS.
- Consejos de Salud de Área y Zona, órganos de participación ciudadana que abordan la salud comunitaria mediante actuaciones para mejorar la salud en el área y la zona de salud.

Desde el Servicio de Participación Comunitaria en Salud se realizan anualmente múltiples actividades en los diferentes ámbitos de actuación (sanitario, social, educativo y comunitario). Destacar como buena oportunidad de mejora en este ámbito, las actuaciones de participación comunitaria que se realizan y dinamizan a través de este Servicio en colaboración y coordinación con las distintas Asociaciones de Pacientes y Familiares existentes en Extremadura en relación con el cáncer.

Asociaciones de Pacientes y Familiares en relación con el cáncer en Extremadura

Desde la solidaridad y el altruismo, las Asociaciones de Pacientes y Familiares (Tabla 14) trabajan desarrollando programas de prevención del cáncer y realizando una acción complementaria a la que prestan los servicios públicos, tanto sociales como sanitarios (atención psicológica de enfermos y familiares, Programa "Mariposas", Programa "Compañía", etc.), con la finalidad de paliar los efectos que el cáncer produce sobre las personas que las padecen y sus familiares.

Tabla 14. Colectivos con actividad sociosanitaria en Extremadura relacionados con la atención al cáncer. Extremadura. Año 2016

COLECTIVOS INCLUIDOS EN PERFIL DE CÁNCER
Asociación de Laringectomizados de Extremadura (ALEX)
Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
Asociación Extremeña de Ayuda a las Familias Afectadas por Leucemias, Linfomas, Aplasias y Mielomas (AFAL)
Asociación Oncológica Extremeña (AOEx)
Asociación Oncológica Tierra de Barros (AOTB)
Asociación para la Donación de Médula Ósea en Extremadura (ADMO)
Fundación Oncológica Infantil Extremeña (ÍCARO)
Asociación Oncológica Esperanza de Vida

Fuente: Servicio de Participación Comunitaria (Consejería de Sanidad y Políticas Sociales).

Determinadas Asociaciones de Pacientes y Familiares en relación con el cáncer disponen de una serie de recursos de Atención Psicológica en Extremadura, en total 28 Psicólogos clínicos (Tabla 15), para lo que reciben apoyo del SSPE:

Tabla 15. Recursos de Atención Psicológica (Psicólogos Clínicos) de las Asociaciones de Pacientes y Familiares en relación con el cáncer por áreas de salud. Año 2016

Asociaciones	Badajoz	Mérida	D. Benito Vva.	Llerena Zafra	Cáceres	Coria	Plasencia	Navalmoral de la Mata	Extremadura
AOEX	2	4	2	2	1	2	2	2	17
AECC	3		1	1	4*				7
ÍCARO				1					1
ADMO					1				1
AOTB		1							1
AFAL	0,33	0,33			0,33				1
6	4,33	5,33	3	4	5,33	2	2	2	28

* 1 Psicóloga solo los martes en el Hospital Nuestra Señora de la Montaña de Cáceres.

Fuente: Virginia Broncano Sánchez (Consejo Asesor del Cáncer del SSPE).

Recursos y actuaciones para fomentar el ejercicio físico

Desde 2006 funciona en Extremadura el Programa "Extremadura En Forma" (anteriormente denominado "El Ejercicio Te Cuida"), dirigido a personas mayores de toda Extremadura; y actualmente también un Programa para la promoción de actividad física saludable en personas con discapacidad (Ejercicio Te Cuida-Capacidad). Actualmente permanecen activos el programa para personas mayores, aunque bajo el nombre de Extremadura en Forma y el subprograma para personas con discapacidad.

La Dirección General de Deportes coordina múltiples actuaciones para la promoción del ejercicio físico en Extremadura en todas las edades (Juegos Deportivos Extremeños -JUDEX-, Camina Extremadura, Programa "Promoción y Ayuda al Deporte Escolar" -PROADES-, etc.).

Con referencia a la promoción de la actividad física, la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles desarrolla diferentes actividades dentro del Programa Ciudades Saludables y Sostenibles. Concretamente, durante 2015 se realizaron 47 actividades, con un total de 18.956 participantes. Además, se llevaron a cabo 4 talleres de formación sobre actividad física desarrollados por el Proyecto Piloto Operación Salud, en los que participaron 60 alumnos de 3º y 4º de ESO de los Institutos participantes en el mismo.

Recursos y actuaciones sobre el consumo de tabaco y alcohol

En concordancia con las actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, existen en Extremadura recursos y actividades específicos para la atención al consumo de tabaco y de alcohol.

Actualmente, los recursos específicos en el entorno del consumo de tabaco son:

- 16 Centros Ambulatorios de Atención a Conductas Adictivas (antiguos CEDEX), que atienden la deshabituación del tabaco desde una perspectiva multiprofesional, con programas multicomponentes.
- Consultas de Tabaquismo -incluidas en las respectivas Unidades de Neumología- de los hospitales "Infanta Cristina" de Badajoz y "San Pedro de Alcántara" de Cáceres.
- También intervienen en la deshabituación tabáquica dos organizaciones no gubernamentales (ONGs): Asociación Oncológica Extremeña y Asociación Española de Lucha Contra el Cáncer.

Respecto a recursos específicos en el contexto del consumo problemático de alcohol están:

- Los 16 Centros Ambulatorios de Atención a Conductas Adictivas y 4 Puntos de Atención a las Drogodependencias.
- 1 Unidad de Alcoholismo del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia, con 10 camas para el tratamiento del consumo abusivo de alcohol en régimen de internamiento.
- Distintas ONGs que intervienen en la atención específica al consumo de alcohol disponen de 12 centros de atención ambulatoria en Extremadura; y otras dos ONGs realizan atención general a conductas adictivas: ATABAL (Badajoz) y CREATO (Olivenza).

En cuanto a actividades específicas, la Secretaría Técnica de Drogodependencias cuenta con programas de promoción de hábitos saludables y educación para la salud en distintos ámbitos: escolar, familiar, comunitario, e incluso laboral.

ATENCIÓN PRIMARIA

a) Recursos:

En la Tabla 16 se desglosan los principales recursos existentes actualmente en Atención Primaria en relación con el cáncer.

Tabla 16. Recursos en Atención Primaria por áreas de salud. Extremadura. Año 2017

Áreas de salud	EAP	Centros de Salud	Consultorios Locales	CEDEX (+ PAD)
Badajoz	23	23	44	2 (+1)
Mérida	13	13	28	3
Don Benito-Vva.	14	14	59	2 (+4)
Llerena-Zafra	9	8	39	4
Cáceres	24	23	80	2
Coria	7	7	34	1
Plasencia	14*	14	92	2
Navalmoral	8	8	39	0 (+1)
EXTREMADURA	112	110	415	16 (+6)

Fuente: Servicio Extremeño de Salud.

* En el Decreto del Mapa Sanitario se recogen 113 Zonas de Salud, pero aún no se ha puesto en funcionamiento el Centro de Salud de Plasencia-Valcorchero en la ciudad de Plasencia.

EAP: Equipos de AP. CEDEX: Centros Ambulatorios de Atención a Conductas Adictivas. PAD: Puntos de Atención a Drogodependencias.

b) Actividad:

La realización de actividades de prevención primaria entre la población general es una actividad imprescindible, sobre todo en la Atención Primaria de Salud, aunque puede generar una sobrecarga asistencial debido a la elevada prevalencia de los factores de riesgo relacionados con el cáncer.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES nos ayuda a aproximarnos a la actividad asistencial con relación a las enfermedades tumorales. En la Tabla 17 se recoge la cobertura de los servicios relacionados con la promoción de la salud, la EpS y los factores de riesgo de cáncer en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

Tabla 17. Cobertura de los servicios relacionados con la promoción de hábitos saludables, EpS y factores de riesgo de cáncer en la Cartera de Servicios de AP. Años 2010, 2014 y 2015

Denominación de los servicios		Cobertura (en %)		
		2010	2014	2015
201	Promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad en relación con la alimentación en el joven	2%	2,80%	2,39%
202	Promoción de hábitos saludables y prevención de conductas de riesgo en relación con la actividad sexual	-	4,83%	4,37%
203	Promoción de la salud en relación con: ejercicio, consumo de tóxicos y otras conductas de riesgo en el joven	4%	4,80%	4,04%
321	Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix	-	32,25%	34,23%
322	Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio	-	23,60%	22,91%
323	Diagnóstico precoz del cáncer de mama	-	33,08%	32,86%
404	Atención a pacientes con obesidad	50%	48,78%	47,77%
451	Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco	-	0%	0%
452	Atención al consumidor excesivo de alcohol	2%	2,12%	2,10%
500	Atención al paciente con necesidad de Cuidados Paliativos	2%	1,58%	1,52%
703	Educación para la salud en materia de salud sexual y reproductiva	-	1,47%	1,58%
705	Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Obesidad	12%	21,87%	23,18%

Fuente: Servicio Extremeño de Salud. Subdirección de Sistemas de Información.

Se observa que la cobertura registrada de la mayoría de los servicios relacionados con el cáncer es aún bastante baja y tiene un importante margen de mejora.

En la actualidad no es posible explotar los registros de los factores de riesgo en Extremadura desde el programa JARA.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a) Cáncer del adulto:

El Catálogo de Hospitales de Extremadura pone de manifiesto la presencia de múltiples recursos asistenciales en centros hospitalarios públicos relacionados de una u otra manera con el cáncer, tanto en el ámbito de los Servicios y Unidades de Atención Especializada (Oncología, Anatomía Patológica, Cirugía, Dermatología, Hematología, Neumología, etc.), como de los equipos de alta tecnología (mamógrafos, resonancia magnética, tomografía por positrones, etc.). Tabla 18.

Tabla 18. Recursos asistenciales y de alta tecnología en relación con el cáncer en Atención Especializada. Extremadura. Año 2015

RECURSOS	Badajoz	Mérida	D.Benito - Vva.	Llerena-Zafra	Cáceres	Coria	Plasencia	Javalmorea de la Mata	Extrem.
Oferta asistencial de Oncología	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Todas las Áreas
TAC	5	3	2	2	3	1	3	1	20
Resonancia magnética nuclear	3	1	1	1	1		1		8
gammacámara					1				1
Acelerador de partículas (*)	2	1					1		4
Tomografía por emisión de fotones	3				1				4
Tomografía por emisión de positrones	1								1
Mamógrafos	2	2	2	2	3	1	1	1	14

(*) Próximamente el SES adquirirá 4 nuevos aceleradores lineales más modernos: 2 para el Hospital Infanta Cristina de Badajoz, 1 para el Hospital de Mérida y 1 para el nuevo Hospital de Cáceres.

Fuente: Catálogo de Hospitales 2015.

En este ámbito, hay que tener en cuenta la presencia de múltiples especialidades relacionadas más o menos directamente con el cáncer. Por ejemplo, a nivel oncológico es relevante la reciente creación de la Unidad de Cirugía Peritoneal en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

b) Cáncer infantil y juvenil:

Como unidad referente, la Comunidad Autónoma dispone de la Unidad Regional Multidisciplinar de Oncohematología Pediátrica, ubicada en el Hospital Materno-Infantil de Badajoz. En ella ejercen su actividad de forma coordinada distintos profesionales sanitarios especializados en este tipo de tumores.

Debido al progresivo aumento de su actividad asistencial, la Unidad ha ido adecuando sus recursos a estos requerimientos. De esta manera, se ha llevado a cabo una ampliación en el número de camas existentes en la Unidad. En octubre de 2016 se publicó en el DOE la formalización del contrato de la obra "Nueva Unidad de Hospitalización Oncohematológica Pediátrica en el Hospital Materno Infantil de Badajoz".

Por otra parte, se ha elaborado y difundido una Guía con Criterios de Sospecha Diagnóstica y Detección Precoz del Cáncer Infantil y Juvenil, dirigida a los profesionales sanitarios tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada de la Comunidad Autónoma.

TELEMEDICINA

La telemedicina se presenta como una alternativa capaz de acercar la medicina hospitalaria a los centros con menor accesibilidad y reducir desplazamientos innecesarios de pacientes. Las teleconsultas permiten realizar diagnósticos y seguimiento de los enfermos, prescribir tratamientos o prevenir enfermedades, además de la formación profesional permanente.

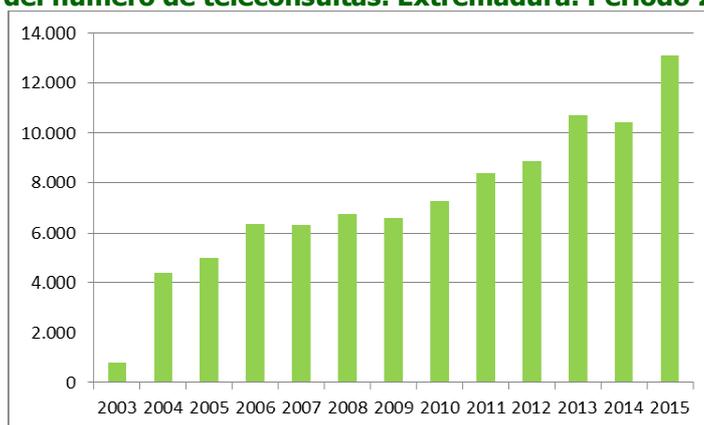
El SES cuenta con un programa de teleconsultas que, mediante un sistema de videoconferencia audiovisual bidireccional integrado en la historia clínica electrónica de Extremadura (Jara), permite valorar clínicamente al paciente en remoto, en tiempo real o diferido; así como la incorporación en formato electrónico de imágenes y pruebas complementarias a Jara desde dispositivos.

Se han instalado dos tipos de estaciones de Telemedicina en el SES: las que permiten la captura y dicomización de imágenes desde dispositivos periféricos (cámara de fotos, escáner de rayos, webcam robotizada, pedal de captura de imágenes y escáner de papel) y las que sólo permiten visualizar dichas imágenes en el visor estándar de Jara. Ambos tipos disponen de un software de videoconferencia. Las primeras están pensadas para Atención Primaria y centros externos y las segundas para Atención Hospitalaria.

La red de teleconsultas de Extremadura está constituida actualmente por 74 estaciones de telemedicina distribuidas por la región: 17 en hospitales, 47 en centros de salud, 7 en centros sociosanitarios, 2 en centros penitenciarios y 1 en un centro tutelar de menores.

Desde 2003 se han realizado un total de 94.816 teleconsultas. Durante 2015 se llevaron a cabo 13.115 teleconsultas de 24 especialidades médicas en las 8 áreas de salud del SES, con un incremento progresivo del número de especialidades que incorporan esta prestación. La tasa de crecimiento promedio anual de teleconsultas es del 24,44% (Figura 47).

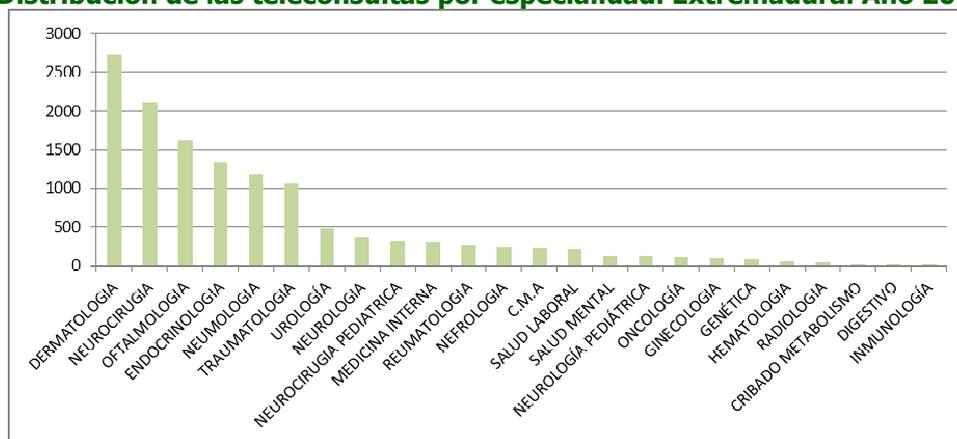
Figura 47. Evolución del número de teleconsultas. Extremadura. Periodo 2003-2015



Fuente: Coordinación de Telemedicina del Servicio Extremeño de Salud.

Entre las especialidades que realizan teleconsultas de telemedicina se encuentra la Oncología, aunque su desarrollo es relativamente pequeño durante 2015 (Figura 48).

Figura 48. Distribución de las teleconsultas por especialidad. Extremadura. Año 2015



Fuente: Coordinación de Telemedicina del Servicio Extremeño de Salud.

Por lo tanto, la consulta virtual es una actividad que se ha ido consolidando en el SES durante los 13 años de evolución del programa: se ha producido un aumento progresivo de la tipología de consulta, número de centros y volumen de actividad.

En 2016, el número de especialidades que utilizaron la telemedicina como herramienta de atención al paciente fueron 25. Si bien la mayoría de especialidades podrían realizar el diagnóstico o el seguimiento del cáncer a través de la telemedicina, las que más la utilizan son las siguientes:

- **Oncología:** El Servicio de Oncología del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (CHUB) realiza por telemedicina la consulta monográfica de cáncer hereditario, en la que se ofrece consejo genético a pacientes con cáncer y sus familiares.
- **Comité de tumores ginecológicos:** Este órgano de decisión del CHUB, que se reúne semanalmente, está compuesto por especialistas de distintas disciplinas. Mediante videoconferencia, los Servicios de Ginecología de otros hospitales pueden presentar casos clínicos en él para su valoración.
- **Cirugía hepatobiliopancreática y trasplante hepático:** Este Servicio del CHUB realiza por telemedicina las consultas de seguimiento de pacientes intervenidos por distintas patologías, mayoritariamente cáncer hepático, pancreático y de vías biliares.
- **Dermatología:** La Teledermatología se aplica en el SES al diagnóstico de cualquier patología dermatológica. En otras Comunidades, esta herramienta está optimizada en programas de detección precoz del cáncer de piel. El Servicio de Dermatología del CHUB, en colaboración con la Coordinación de Telemedicina han diseñado un programa de estas características para Extremadura, pero no se validó por implicar cambios en JARA. Una versión mejorada de este programa requeriría la adquisición de dermatoscopios adaptables a las cámaras de fotos de los equipos de telemedicina del SES.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS

Extremadura dispone de una red única de urgencias y emergencias sanitarias (Tabla 19), que integra recursos asistenciales de atención primaria (127 puntos de atención continuada o PAC), de atención especializada (urgencias hospitalarias), así como el Centro de Atención de Urgencias y Emergencias-112, desde el que se movilizan los recursos de urgencias y emergencias, entre ellos las 16 unidades medicalizadas de emergencias (UME) terrestres y las 2 UME aéreas (helicópteros).

Tabla 19. Recursos asistenciales en Urgencias y Emergencias. Extremadura. Año 2016

RECURSOS	Badajoz	Mérida	D.Benito - Vva.	Llerena-Zafra	Cáceres	Coria	Plasencia	Navalmoral de la Mata	Extrem
Centro de Atención de Urgencias y Emergencias - 112		1							1
Puntos de atención continuada	24	14	17	11	25	8	18	10	127
Urgencias hospitalarias	3	2	2	2	2	1	1	1	14
UME terrestres	3	1	3	2	2	1	3	1	16
UME aéreas			1		1				2
VIR	2								2
Centro redundante 112-Badajoz	1								1

* UME: Unidad Medicalizada de Emergencias. VIR: Vehículo de Intervención Rápida. Otros recursos: ambulancias convencionales, vehículos de transporte secundario y Unidad Militar de Emergencias que se activa solo en caso de catástrofe.

Fuente: Servicio Extremeño de Salud. Subdirección de Atención Primaria.

Todos estos recursos permiten garantizar una cobertura teórica de la emergencia sanitaria en menos de 30 minutos para la gran mayoría de la población extremeña.

Además, el futuro contrato del transporte sanitario terrestre en Extremadura a suscribir en 2017 contará con un total de 432 vehículos, de los cuales 15 serán ambulancias de Soporte Vital Básico, 128 ambulancias adscritas a los Puntos de Atención Continuada, 24 Unidades Medicalizadas y 4 Vehículos de Intervención Rápida, así como las ambulancias de transporte de servicio urgente y no urgente. En la Comunidad Autónoma se realizan unos 220.000 transportes urgentes anuales y unos 4.000 transportes anuales de las UME.

UNIDADES DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Son unidades específicas destinadas a mejorar el abordaje integral del paciente con dolor crónico. Las Unidades del Dolor se crearon como unidades transversales para servir de apoyo a profesionales sanitarios que atienden a pacientes con dolor crónico, con el fin de mejorar entre todos el abordaje del dolor crónico complejo. No son unidades finalistas destinadas a atender a todos los pacientes con dolor crónico, sino solo los más complejos y de difícil abordaje desde los equipos de Atención Primaria (EAP).

La principal función de estas Unidades es proporcionar ayuda a los profesionales que atienden a pacientes con dolor crónico. En este sentido realizan con ellos sesiones clínicas, sesiones docentes, talleres y cursos específicos sobre dolor crónico, tanto dentro como fuera de la Unidad.

La segunda función más importante es la actividad asistencial, es decir, la atención dentro de la Unidad de los pacientes que llegan derivados por médicos de los EAP o por médicos de los Centros Hospitalarios.

Todo paciente atendido en la Unidad se evalúa de forma integral por médico y enfermera: se establecen objetivos terapéuticos concretos para ese paciente y se inicia un plan de tratamiento, farmacológico y no farmacológico, que después será continuado por el EAP. Algunos pacientes también reciben evaluación e intervención por la Psicología Clínica en las Unidades donde contamos con ese recurso.

En la actualidad existen cuatro Unidades del Dolor ubicadas en las Áreas de Badajoz, Cáceres, Don Benito y Plasencia, que están integradas por profesionales especialistas en Medicina de Familia, Enfermería y personal auxiliar. Dos de ellas disponen también de Psicología Clínica (Tabla 20).

Tabla 20. Recursos humanos de las Unidades del Dolor. Extremadura. Año 2015

Tipo de profesional	Badajoz	Cáceres	Don Benito	Plasencia	Total
Coordinador Unidad	1 (Médico de Familia)	1 (Médico de Familia)			2
Medicina de Familia	2	1	1	1	5
Psicología Clínica	1			1	2
Enfermería	2	3	1	1	7
Auxiliares de Enfermería	1	2			3
Auxiliares Administrativos	1*		1		2
Total	8	7	3	3	21

El Auxiliar Administrativo del Área de Badajoz es compartido funcionalmente con el Centro 112.

Fuente: SES. Coordinador Regional del Dolor de Extremadura.

Los profesionales de las Unidades del Dolor desarrollan su trabajo en coordinación con los EAP y con los Servicios Hospitalarios con los que comparten la atención a los pacientes. En la tabla 21 se resume la actividad de las cuatro Unidades del Dolor existentes en la Comunidad de Extremadura durante el año 2015:

Tabla 21. Actividad de las Unidades del Dolor. Extremadura. 2015

Tipo de actividad	Badajoz	Cáceres	Don Benito	Plasencia	Total
Pacientes nuevos procedentes de AP	493	328	135	79	1.035
Pacientes procedentes de AE	201	289	58	17	565
Revisiones totales	2.568	1.859	980	1.287	6.694
Altas pacientes	390	345	260	13	1.008
Consultas hospitalarias	134	87	10	18	249
Asesoría telefónica a prof. sanitarios	601	687	98	143	1.529
Asesoría telefónica a pacientes	335	269	67	484	1.155
Planes de tto. para médico AP/AE	3.282	2.447	1.179	599	7.507
Actividad enfermería: asesoría telefónica a profesionales	1.667	188	13	143	2.011
Actividad enfermería: asesoría telefónica a pacientes	1.300	2.752	214	484	4.750
Informes de continuidad de cuidados	1.935	1.965	37	90	4.027
Evaluaciones psicológicas	160			35	195
Intervenc. psicológicas individuales	539				539
Intervenciones psicológicas grupales	314			35	349
TENS aplicados en Unidad	58	63	6	41	168
Sesiones iontoforesis	125	375	14		514
Sesiones docentes internas	36	36			72
Sesiones docentes externas	24	27			51
Sesiones clínicas por rotantes	24	3			27
Publicaciones y documentos	9	9	3		21

AP (Atención Primaria). AE (Atención Especializada).

Fuente: SES. Coordinador Regional del Dolor de Extremadura.

CUIDADOS PALIATIVOS

La prevalencia de pacientes con enfermedades en fase terminal oscila entre 2,4 y 5,2 pacientes anuales por cada 1.000 habitantes, según las estimaciones de un grupo local de personas expertas. Ello significa que hasta 5.700 pacientes podrían requerir cuidados paliativos cada año en Extremadura, y decenas de miles de allegados y familiares estarían implicados en el cuidado de los mismos y afectados por su sufrimiento.

La Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud estima que los equipos específicos de cuidados paliativos deben garantizar la atención del 60% de pacientes oncológicos.

El Programa de Cuidados Paliativos de Extremadura nació en 2002 para dar respuesta a las necesidades de pacientes con enfermedades en situación avanzada y sus familias.

Este Programa permite un modelo de "atención compartida", en el que las personas enfermas y sus familias son atendidas básicamente por los Equipos de Atención Primaria y desde Atención Especializada. Todos ellos

cuentan con el soporte, para la atención en situaciones más complejas, de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos, dotados de profesionales con formación avanzada y con competencias de actuación en la comunidad y en los centros hospitalarios y sociosanitarios.

Los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos realizan una atención mixta (intervienen a nivel hospitalario, domiciliario y centro sociosanitario) y compartida con el resto de profesionales del Sistema Sanitario, basando la intensidad de su atención en la complejidad de la situación a atender.

Cada Área de Salud cuenta con un Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (Tabla 22), que se ubica en uno de los centros hospitalarios del Área. Están constituidos por personal de medicina, enfermería, psicología (mediante convenio con la Asociación Española contra el Cáncer en Extremadura (AECC) y la Asociación Oncológica Extremeña (AOEx)) y trabajadores sociales (mediante convenio firmado por el SES, Fundesalud y La Caixa), lo que garantiza un equipo multidisciplinar que puede dar respuesta a las necesidades más complejas de los pacientes y sus familias. En algunas de las áreas de salud, el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos dispone de camas específicas para la atención de estas personas.

Tabla 22. Recursos humanos de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos por áreas de salud. Extremadura. 2017

Áreas de salud	Medicina	Enfermería	Psicología	Trab. Social	Aux. Admin.
Badajoz	4	4	1 AECC		1
Mérida	2	2	0,5 AOEX		
Don Benito-Vva.	2	2	0,5 AOEX		
Llerena-Zafra	2	2	0,5 AOEX		
Cáceres	3	3	1 AECC		
Coria	1,5*	1	0,5 AOEX		
Plasencia	2	2	0,5 AOEX		
Navalmoral	2	1	0,5 AOEX		
EAPS				4	
EXTREMADURA	18,5	17	5	4	1

Fuente: SES. Programa de Cuidados Paliativos de Extremadura.

El Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos atiende a los pacientes y sus familias en cualquier ámbito sanitario en el que se encuentren, con distintos modelos de intervención: asesoramiento, intervenciones puntuales o intermitentes, responsabilidad en la atención directa completa o compartida. Las áreas de intervención prioritarias son alivio de síntomas, comunicación y apoyo emocional y social, soporte en decisiones éticas y conexión entre diferentes recursos.

Respecto a la actividad hospitalaria, en general los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos pueden ingresar a las personas enfermas que lo necesitan a cargo propio en camas ubicadas en diferentes servicios hospitalarios.

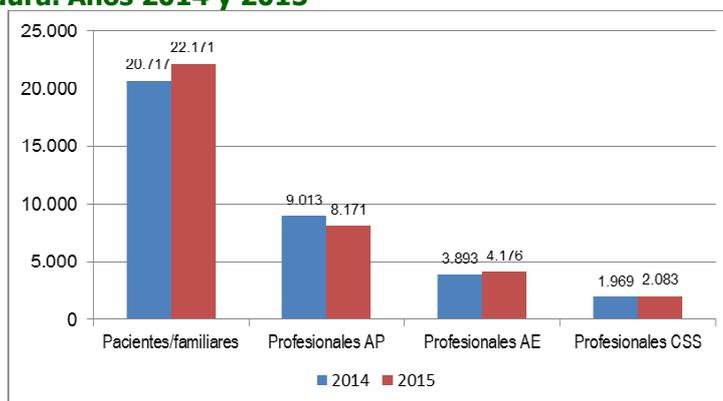
Los principales datos de actividad asistencial de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos se relacionan en la Tabla 23.

Tabla 23. Actividad asistencial de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos. Extremadura. Años 2014 y 2015

Tipo de actividad	2014	2015
Pacientes nuevos atendidos en el Programa	2.034	2.143
Pacientes que salen del Programa de CP (exitus, cambio de domicilio, cambio de criterio)	-	2.121
Media de pacientes en activo (15-78 años)	-	31
Visitas	17.906	18.924
Asesorías	-	45.745
Duelo	-	759 actividades presenciales + 540 activ. telefónicas

Fuente: Programa de Cuidados Paliativos de Extremadura. SES.

Se observa un incremento general y significativo de la actividad asistencial de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos en 2015 respecto al año precedente. Este aumento también se aprecia en el número de asesorías telefónicas realizadas por estos Equipos (Figura 49), que pasaron de 35.592 en 2014 a las 36.601 en 2015, con un incremento anual del 2,83%.

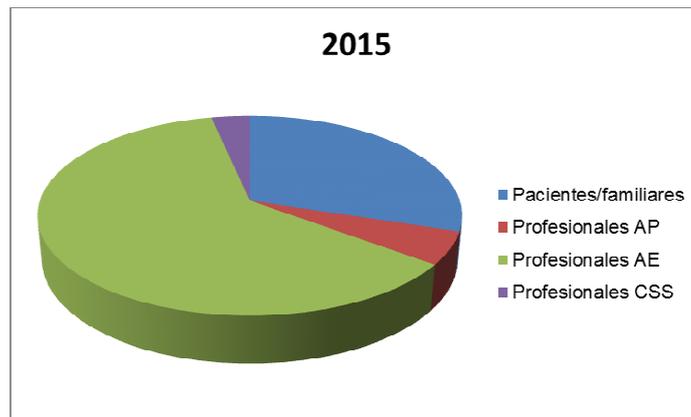
Figura 49. Asesorías telefónicas realizadas por los Equipos de Cuidados Paliativos. Extremadura. Años 2014 y 2015


AP (Atención Primaria). AE (Atención Especializada). CSS (Centros Sociosanitarios).

Fuente: Programa de Cuidados Paliativos de Extremadura. SES.

En la Figura 50 se desglosan los tipos de asesorías directas realizadas por los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos durante el año 2015. Destacan las asesorías directas llevadas a cabo a petición de los profesionales de los hospitales (5.725) y las realizadas a solicitud de pacientes y/o familiares (2.789), siendo mucho menores las de los profesionales de AP (495) y de Centros Sociosanitarios (315).

Figura 50. Asesorías directas realizadas por los Equipos de Cuidados Paliativos. Extremadura. Año 2015



AP (Atención Primaria). AE (Atención Especializada). CSS (Centros Sociosanitarios).

Fuente: Programa de Cuidados Paliativos de Extremadura. SES.

Extremadura dispone de recursos en los distintos ámbitos del cáncer. En algunos casos son suficientes para atender a las necesidades asistenciales; en otros será necesario adaptar los recursos existentes a la nueva realidad de la población extremeña; y en algún caso concreto será necesario implementar nuevos recursos debido a la actual inexistencia de los mismos.

6. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EL CÁNCER

La evolución de la atención sociosanitaria continúa asociada a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, proporcionados a personas con necesidades simultáneas de cuidados personales y de cuidados sanitarios. Sin embargo, la atención sociosanitaria en el Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura no se considera una prestación, sino el modo en que el sistema social y el sistema sanitario aúnan recursos para atender una situación de salud concreta.

El cáncer constituye una de las causas más importantes de discapacidad en la Comunidad Autónoma. En el contexto actual, las estrategias del PICA siguen las directrices apuntadas por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia a nivel estatal, y por el Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura.

A nivel sociosanitario, la Comunidad Autónoma cuenta con distintos recursos, entre los que destacan:

- Centros de Día: ofrecen estancia diurna a personas mayores, con dificultades para su autonomía personal y necesidad de cuidados (necesidades personales, terapéuticas y socioculturales), sea por la causa que sea. Los recursos humanos de los que disponen son: profesionales de Medicina, Enfermería, Psicología, Fisioterapia y Auxiliares.
- Camas concertadas en cuidados intensos y continuados (T1, T2 y T3): Una relación de las mismas aparece en la Tabla 24.

Tabla 24. Camas concertadas en cuidados intensos y continuados (T1, T2 y T3). Extremadura. Año 2016

Tipo de plazas	Centro	Municipio	Nº de camas
Tipo T1	Nuestra Señora de la Montaña II	Casar de Cáceres	20
	Encinar de las Cruces	Don Benito	10
	R. M. Rosalba (Inverblois S.L.)	Mérida	10
Tipo T2	R. M. Sierra de San Pedro (Servicios Geriátricos Cacereños S.L.)	Casas de Don Antonio	20
	Nuestra Señora de la Montaña II	Casar de Cáceres	20
	Servimayor	Losar de la Vera	20
	Fundación Hospital San Antonio	Don Benito	20
	Encinar de las Cruces	Don Benito	30
	Puente Real II	Badajoz	20
	Sar Quavitae	Badajoz	20
Tipo T3	R. M. Sierra de San Pedro (Servicios Geriátricos Cacereños S.L.)	Casas de Don Antonio	40
	Nuestra Señora de la Luz	Malpartida de Plasencia	20
	San Miguel	Navalmoral de la Mata	40
	Hercar. Virgen de la Montaña I	Cáceres	-
	Hercar. Virgen de la Montaña II	Casar de Cáceres	-
	Sar Quavitae	Badajoz	40
	Los Olivos	Mérida	40
	R. M. Sierra Pinar (Giamex S.L.)	Zafra	60

Tipo T3	R. M. Puente Real (Geriexsa)	Badajoz	60
	San Roque	Talarrubias	20
	Caser Olivenza	Olivenza	60
	R. M. El Romeral (Residencial R.B. S.L.)	Talayuela	20
	Encinar de las Cruces	Don Benito	60
	Comser	Almendralejo	60
	Jupema S.L.	Bohonal de Ibor	60
	Hospital San Antonio	Don Benito	20
	Ciudad Parque Jardín	Cáceres	40
	Geryvida	Cáceres	58
	Centro Residencial Banium	Baños de Montemayor	20
	R. M. Rosalba (Inverblois S.L.)	Mérida	60

Fuente: SEPAD.

- Programa de Aulas Hospitalarias y de Atención Domiciliaria al Alumnado Convaleciente (Consejería de Educación y Empleo): destinado al alumnado que se encuentre hospitalizado o convaleciente, sea por la causa que sea; la atención educativa en el hospital es proporcionada en las aulas destinadas a ello o bien en la propia habitación, dependiendo del proceso. El Programa cuenta con tres aulas hospitalarias ubicadas: una en Cáceres (Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, con una maestra) y dos en Badajoz (Hospital Materno Infantil y Hospital Infanta Cristina, con tres maestras en total). Y en caso de convalecencias superiores a un mes, la atención educativa se realiza en el propio domicilio de la niña o niño, a través del Programa de Atención Domiciliaria al Alumnado Convaleciente.
- Proyecto Mariposas: la asociación AOEX gestiona dos casas rurales totalmente equipadas en Casas del Monte (Cáceres), concebidas como centro de descanso y como parte del tratamiento para mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer o con otras enfermedades crónicas, además de sus familiares, que están en tratamiento, en proceso de duelo o tras la enfermedad
- Programa Compañía: gestionado por la asociación AFAL, proporciona alojamiento a pacientes de Extremadura derivados a otras Comunidades Autónomas por el SES, para procedimientos no disponibles en la Comunidad Autónoma o para trasplantes
- Otros recursos sociosanitarios en relación con el cáncer: en Extremadura contamos con diversos recursos sociosanitarios, que prestan apoyo a las personas con cáncer y sus familias y/o cuidadores desde un punto de vista social, laboral, psicológico, económico, rehabilitador, informativo, etc. Estos recursos se ofrecen tanto desde la Administración Pública (sanitaria, local, seguridad social) como desde diferentes Asociaciones que desarrollan una labor fundamental en este sentido (ver Tabla 8). Como ejemplo, la Asociación AECC de Extremadura dispone de pisos de acogida gratuitos para pacientes y familiares que necesitan alojamiento durante los tratamientos, ayudas económicas para tratamiento de linfedema (10 sesiones) y prótesis iniciales para mastectomías, y voluntariado para desahogo y descarga familiar.

El cáncer constituye una de las causas más importantes de discapacidad en la Comunidad Autónoma. A nivel sociosanitario, Extremadura cuenta con distintos recursos para atender las necesidades de cuidados continuados o de larga duración, proporcionados a personas con necesidades simultáneas de cuidados personales y de cuidados sanitarios.

7. FORMACIÓN

La formación es un pilar fundamental para conseguir una adecuada respuesta de cada profesional del SSPE a las necesidades en salud que se puedan plantear en Extremadura.

Anualmente se realizan en Extremadura distintas actividades de formación continuada de profesionales (sanitarios y, a veces, no sanitarios) relacionadas con el cáncer. Estas actividades son organizadas por la Administración sanitaria a través de la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria (ECSAS), FUNDESALUD (Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de las Ciencias de la Salud de Extremadura), la Escuela de Administración Pública y las Gerencias de Área de Salud del SES; pero también por entidades como Sociedades Científicas y Colegios Profesionales.

La ECSAS (que depende de la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias de la CSPS) atiende las necesidades formativas de profesionales sanitarios que trabajan en Extremadura. Anualmente publica su Plan de Formación para dar respuesta a las necesidades detectadas en el SSPE, desarrollando distintas actividades de formación continuada (cursos, talleres y seminarios), entre ellas las dedicadas a distintos aspectos relacionados de forma directa o indirecta con el cáncer. Durante el periodo 2011-2015 ha organizado un total de 12 actividades formativas relacionadas directamente con el cáncer (Tabla 25).

Tabla 25. Actividades formativas relacionadas directamente* con el cáncer realizadas por la ECSAS. Extremadura. Periodo 2011-2016

Año	Actividades formativas
2011	Taller de manejo del dolor crónico, oncológico y no oncológico
	Curso de entrenamiento en habilidades de intervención con niños oncológicos y sus familias
	Seminario sobre protección radiológica en el funcionamiento y plan de emergencia de un servicio de oncología radioterápica
	Curso de estrategias y habilidades de comunicación en la actividad sanitaria
2012	Curso de entrenamiento en habilidades de intervención con niños oncológicos y sus familias
	Curso sobre aspectos emocionales en el paciente oncológico: habilidades de intervención y acompañamiento
	Curso de estrategias y habilidades de comunicación en la actividad sanitaria
2013	Manejo del paciente oncológico por enfermería
	Taller sobre la aproximación al modelo de atención desde el trabajo social con pacientes oncológicos: supervivencia, cronicidad y cuidados paliativos
	Curso de estrategias y habilidades de comunicación en la actividad sanitaria
2014	Curso. Capacitación del paciente y del cuidador principal en el uso seguro del medicamento en el marco del programa de cuidados paliativos.
	Taller. Habilidades diagnósticas para la detección del cáncer de piel.
	Curso de estrategias y habilidades de comunicación en la actividad sanitaria
2015	Curso. Apoyo emocional al enfermo oncológico.
	Curso de estrategias y habilidades de comunicación en la actividad sanitaria
2016	Curso. Básico de cuidados paliativos.
	Curso. Actualización en cuidados paliativos.
	Curso. Cuidados del paciente oncológico.

(*) En esta Tabla no aparecen recogidas las distintas actividades formativas realizadas por la ECSAS durante este periodo pero que no están relacionadas de forma directa con el cáncer.

Fuente: Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria (ECSAS)

La ECSAS también realiza otras actividades formativas no relacionadas directamente con el cáncer pero que sí guardan relación con los hábitos saludables, la educación para la salud y los factores de riesgo en el ámbito del cáncer, entre ellas las siguientes durante 2016:

- Curso online sobre actualización de hábitos saludables en AP.
- Curso. Actualización en educación para la salud 2016.
- Metodología de intervención en educación para la salud para profesionales sanitarios de AP (2 ediciones).
- Curso. Aproximación de intervención frente a la obesidad en AP (2 ediciones).
- Curso. Nuevas políticas públicas para una seguridad alimentaria "del campo a la mesa".
- Curso. Control oficial de productos biocidas y establecimientos y servicios biocidas.

La formación (al igual que la investigación) deberá desarrollarse en coordinación con otras instituciones implicadas en este ámbito: Universidad de Extremadura, Consejería de Educación y Empleo, Colegios Profesionales, etc.

Anualmente se realizan en Extremadura distintas actividades de formación continuada relacionadas con el cáncer para profesionales por parte de diferentes entidades. Sin embargo, no existe un programa formativo específico del cáncer.

8. INVESTIGACIÓN

La investigación resulta fundamental para conseguir los objetivos priorizados en el PICA y, por extensión, los propios del SSPE en el ámbito de la biomedicina y de la salud. A través de la investigación epidemiológica y en servicios de salud es posible obtener información sobre la incidencia, la prevalencia, la morbilidad y el impacto sociosanitario del cáncer entre la población extremeña.

En Extremadura, las estrategias en investigación se implementan a través de: VII Programa Marco Europeo de Investigación, Plan Nacional de I+D+i y IV Plan Regional de I+D+i de Extremadura, tal y como recoge el Plan de Salud de Extremadura.

En este sentido, la Comunidad Autónoma potencia la cooperación en investigación con distintas entidades e instituciones: Centro de Cirugía de Mínima Invasión "Jesús Usón", Universidad de Extremadura, Instituto de Salud Carlos III, etc.

Además, se convocan anualmente ayudas de carácter público para la realización de proyectos de investigación, en los que el cáncer constituye una línea prioritaria, promovidas por la Consejería de Empleo, Empresa e Innovación y por la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

Ésta última a través de FUNDESALUD, cuya área de I+D+i, formada por un grupo multidisciplinar de profesionales, ofrece a la comunidad científica sanitaria un servicio personalizado de apoyo y asesoramiento para el desarrollo de actividades asociadas al fomento y la dinamización de la I+D+i en Extremadura.

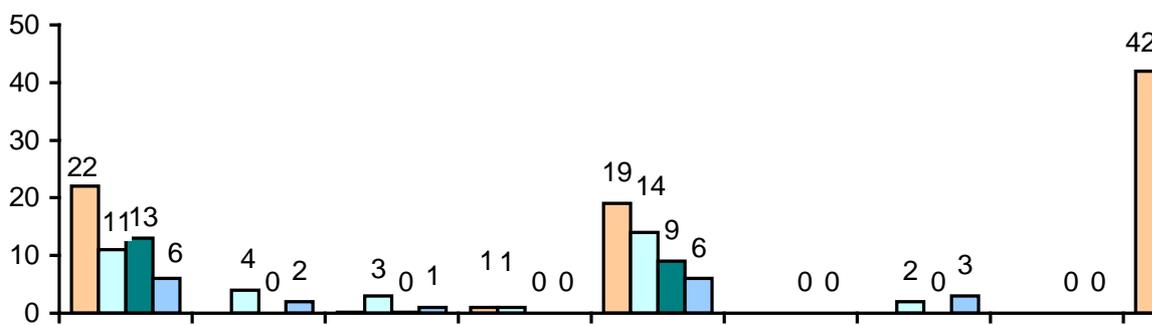
También se promueve la investigación a nivel hospitalario por medio de la participación en ensayos clínicos, el desarrollo de proyectos enmarcados en Planes Nacionales de Investigación y en tesis doctorales, e incluso la creación de unidades de investigación como la existente en el Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, junto a la actividad de FUNDESALUD para el desarrollo de la investigación en el ámbito del SES y la creación de convenios con universidades.

Entre los estudios de investigación que apoya y asesora FUNDESALUD, en 2014 existían un total de 77 dedicados al cáncer: 42 ensayos clínicos con medicamentos y 35 estudios observacionales.

Durante 2015 se ha reducido significativamente el número de estudios, alcanzando un total de 40 dedicados al cáncer: 22 ensayos clínicos con medicamentos y 18 estudios observacionales.

La distribución de los estudios realizados en relación con el cáncer durante los años 2014 y 2015 se muestra en la Figura 51:

Figura 51. Estudios de investigación en relación con el cáncer por áreas de salud. Extremadura. Años 2014 y 2015



ECM: Ensayos clínicos con medicamentos. EO: Estudios observacionales.

Fuente: FUNDESALUD

En la actualidad se está desarrollando la futura Red de Investigación Clínica de Extremadura, que estará formada por:

- La Unidad de Gestión de Ensayos Clínicos del Hospital "San Pedro de Alcántara" de Cáceres.
- La Unidad de Gestión de Ensayos Clínicos del Hospital "Infanta Cristina" de Badajoz, que se creará próximamente en las instalaciones del Centro de Investigación Clínica del Área de Badajoz (CICAB).
- La sede central, ubicada en las dependencias de FUNDESALUD en Mérida.

Esta Red permitirá coordinar los recursos de investigación con los que cuenta Extremadura, desarrollando estrategias comunes de investigación y creando sinergias entre ellas.

La investigación (al igual que la formación) deberá desarrollarse en coordinación con otras instituciones implicadas en este ámbito, como ocurre con la Universidad de Extremadura.

En Extremadura se promueve la investigación relacionada con el cáncer a través de diferentes entidades, como ocurre con FUNDESALUD.

9. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El conocimiento de la situación en la que se encuentran el cáncer y sus principales factores de riesgo en Extremadura necesita de información sanitaria precisa y actualizada, que también resulta imprescindible para la adopción de políticas y la planificación, ejecución y evaluación de cualquier actuación sanitaria en este ámbito, como es el caso del PICA.

En este sentido, el SSPE continúa desarrollando e implementando diferentes sistemas de información que, interrelacionados entre sí, están constituyendo una potente red de información sanitaria telemática: Programa Jara, Historia Clínica Electrónica, Intranet Sanitaria, Programa Civitas, Programa Zurbarán, Programa Cornalvo, Portal Extremadura Salud, Telemedicina, CMBD, Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES o Registro de Mortalidad en Extremadura.

En el entorno específico de los cuidados paliativos opera el *"Cuadro de Mando del Programa Regional de Cuidados Paliativos"*, donde profesionales de cuidados paliativos recogen desde hace más de 10 años numerosos datos de actividad, indicadores de calidad, formación e investigación.

El SSPE contaba con el Sistema de Información de Base Poblacional sobre Cáncer de Extremadura (SICaP), registro específico creado en 2001 para valorar la dimensión del cáncer mediante el conocimiento de su incidencia. Sin embargo, distintos problemas relacionados con él impiden su funcionamiento. El desarrollo e implementación del SICaP constituye una de las principales medidas priorizadas por el actual PICA, pero no se ha llevado a cabo.

El SSPE continúa la implementación de distintos sistemas de información interrelacionados entre sí, para constituir una potente red de información sanitaria telemática. A nivel de Cuidados Paliativos se dispone del *"Cuadro de Mando del Programa Regional de Cuidados Paliativos"*. Sin embargo, el Sistema de Información de Base Poblacional sobre Cáncer de Extremadura (SICaP) lleva varios años sin funcionar.

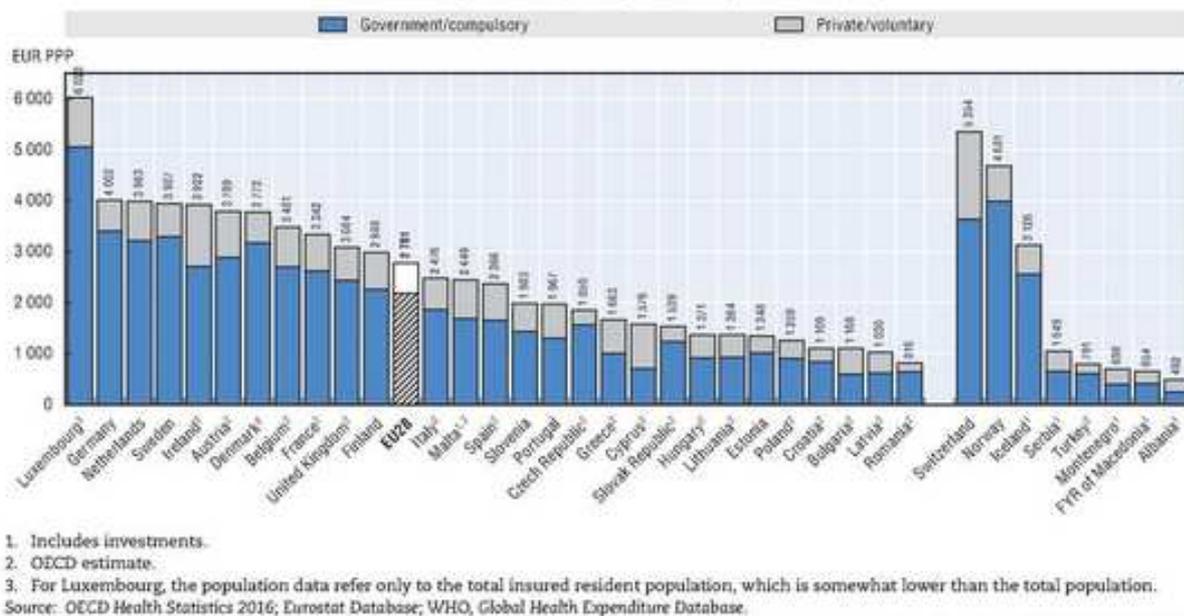
10. SOSTENIBILIDAD

Con la llegada de la crisis económica se ha puesto de manifiesto la necesidad de revisar algunos aspectos del Sistema Nacional de Salud (SNS) para que éste pueda ser sostenible.

El gasto sanitario español en porcentaje del PIB (según datos de la Organización Mundial de la Salud) se sitúa por debajo del promedio de los países de la UE-15, y del de los países con más altos ingresos de la OMS. Además, el SNS se encuentra por debajo de la media de la OCDE en cuanto a gastos totales per cápita, y en torno a la media en cuanto a financiación sanitaria.

Los datos de gasto sanitario en 2015 publicados por la OCDE (Figura 52) señalan que España gastó una media de 2.366 euros per cápita, una cifra cercana a los 2.781 de media de los 28 países miembros de la Unión Europea pero lejos de la élite que más ha invertido en Sanidad. En concreto, a distancia de los 6.028 euros de Luxemburgo, los 5.354 de Suiza o los 4.681 de Noruega.

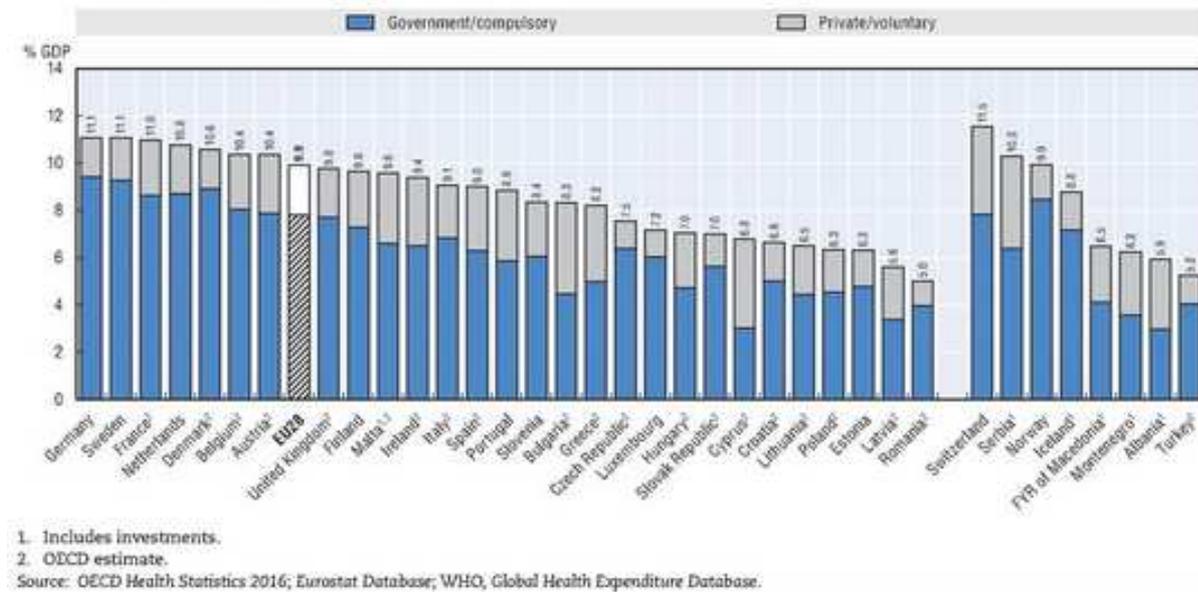
Figura 52. Gasto sanitario per cápita. Países de la OCDE. Año 2015 (o año más próximo)



Fuente: OCDE. Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle.

Según los datos publicados, el porcentaje del PIB que España destinó a Sanidad en 2015 se situó en el 9%, cifra superior al 7,7% que registró en 2005, pero todavía lejos del 9,9% de media de los 28. A la cabeza del ranking estarían Alemania y Suecia, con más de un 11%, mientras que a la cola de la UE aparece Rumanía, con un 5 por ciento del PIB destinado a Sanidad. En este sentido, tomando ese porcentaje del PIB como referencia, España ocupa el puesto número 23 en el ranking de países, por debajo de la media europea y de Reino Unido, Finlandia, Malta, Irlanda o Italia (Figura 53).

Figura 53. Gasto sanitario como porcentaje del PIB. Países de la OCDE. Año 2015 (o año más próximo)



Fuente: OCDE. Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle.

Respecto a la distribución de este gasto, un 6,3% del total del PIB corresponde a gasto público español, y un 2,7% a inversiones privadas, unos datos similares a los de la media de países de la UE, donde el 7,8% es público y el 2,1% privado.

Según datos del MSSSI de gasto público consolidado en relación a su población, las Comunidades Autónomas con mayor gasto sanitario público durante 2014 fueron País Vasco (1.582 euros por habitante), Extremadura (1.448 euros por habitante) y la Comunidad Foral de Navarra (1.435 euros por habitante). Las Comunidades con menor gasto sanitario público fueron Andalucía (1.042 euros por habitante), Madrid (1.164 euros por habitante) e Islas Baleares (1.194 euros por habitante). En 2015 fueron País Vasco (1.631 euros por habitante), Principado de Asturias (1.526 euros por habitante), la Comunidad Foral de Navarra (1.510 euros por habitante) y Extremadura (1.501 euros por habitante). Las Comunidades con menor gasto sanitario público fueron Andalucía (1.090 euros por habitante), Madrid (1.243 euros por habitante) e Islas Baleares (1.281 euros por habitante).

Sin embargo, si analizamos el ritmo de crecimiento del gasto público sanitario en los últimos años, observamos que se sitúa muy por encima del incremento del PIB, agravado por estos años de crisis; lo cual nos deja un panorama poco optimista en cuanto a que el Sistema pueda seguir siendo capaz de satisfacer las necesidades de la ciudadanía. Cuestiones como el envejecimiento de la población, el gasto farmacéutico o la sobreutilización tecnológica vienen a complicar un panorama, ya de por sí, sombrío.

Extremadura -con un 9,4%-, la Región de Murcia -con un 7,7%- y el Principado de Asturias -con un 7,3%- son las Comunidades que presentaron en el año 2014 un porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB más elevado. En 2015 fueron Extremadura -con un 9,5%-, la Región de Murcia -con un 7,8%- y el Principado de Asturias -con un 7,5%-.

En esta situación, los planes de salud han de contribuir a hacer sostenible el Sistema, incidiendo en aquellas cuestiones que puedan constituir bolsas de ineficiencia dentro del mismo o potenciando aquellas otras que hayan demostrado su efectividad y eficiencia. El Sistema Sanitario debe enfocarse, pues, hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como las mejores armas para reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida global de la población, siendo la educación para la salud uno de los pilares sobre los que han de pivotar las intervenciones sanitarias.

Por otra parte, la organización de la asistencia sanitaria debe revisarse. La actual proviene del modelo que sirvió para elaborar la Ley General de Sanidad hace 30 años, pero en la actualidad las características

socioeconómicas han variado, haciendo necesaria una nueva distribución de la asistencia entre niveles, abordando cuestiones inaplazables.

A la vista del Informe de Situación sobre el Cáncer en Extremadura y teniendo en cuenta que el impacto económico directo e indirecto de las enfermedades tumorales es muy importante y, además, con una tendencia creciente, es necesario resaltar una serie de aspectos sobre los que podremos realizar intervenciones que van a contribuir a la sostenibilidad del sistema y a mejorar la atención a la población. Se proponen las siguientes:

Atención Primaria:

- Una de las medidas fundamentales para la sostenibilidad de la Atención Primaria debe ser potenciar de una manera decidida la promoción de los hábitos saludables y la educación para la salud a la ciudadanía por parte de todos los profesionales (no solo los sanitarios) y utilizando los distintos medios disponibles (a nivel comunitario, educativo, coordinación con los servicios de prevención, etc.). Esta medida es especialmente recomendable en población infantil y juvenil.
- Continuar potenciando la prevención primaria del cáncer, detectando y tratando adecuadamente los factores de riesgo modificables, pues todavía existe margen de mejora.
- Aunque el número total de habitantes de Extremadura permanece bastante estable, desde hace décadas se está produciendo un trasvase de población desde las localidades rurales hacia las poblaciones urbanas. Además, la población rural extremeña está envejeciendo rápidamente, por lo que la atención a las enfermedades crónicas y discapacitantes en poblaciones rurales muy dispersas se va a convertir en un problema aún más cotidiano. La Atención Primaria en Extremadura debe adaptarse a esta nueva realidad con los recursos de que dispone.

Atención Especializada:

- Puesta en funcionamiento de la nueva Unidad de Hospitalización Oncohematológica Pediátrica del Hospital Materno Infantil de Badajoz (prevista para 2017).
- Se prevé que el intenso proceso de envejecimiento de la población extremeña provoque un incremento importante de la incidencia y de la prevalencia del cáncer y de otras patologías crónicas y discapacitantes. La Atención Especializada en Extremadura debe adaptarse a esta nueva realidad con los recursos de que dispone.

Sistemas de Información:

- Los Sistemas de Información presentan una importante oportunidad para mejorar la sostenibilidad y la economía verde en la Comunidad Autónoma. Un ejemplo evidente lo constituye la Telemedicina, especialmente en el contexto de una población rural muy dispersa y envejecida.
- Resulta necesaria la puesta en funcionamiento del registro del SICaP (Sistema de Información de Base Poblacional sobre Cáncer de Extremadura). Constituye una de las principales medidas priorizadas por el actual PICA, pero no se ha llevado a cabo.

11. EVALUACIÓN DEL PICA 2013-2016

El Plan Integral contra el Cáncer de Extremadura (PICA) 2013-2016 tenía como objetivo general durante su periodo de vigencia la reducción de la incidencia y de la morbimortalidad atribuible al cáncer en la Comunidad Autónoma, así como mejorar la calidad de vida de las personas enfermas, sus familias y cuidadores.

Para ello priorizó cinco Áreas de Intervención y definió un total de 7 objetivos, desglosados en 39 líneas de actuación, posibilitando un abordaje integral y de calidad en los aspectos de promoción de la salud, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social, cuidados paliativos, sistemas de información, formación e investigación, en el ámbito del cáncer en Extremadura.

Tras la finalización de su periodo de vigencia se ha realizado la evaluación final del PICA 2013-2016, evidenciando un porcentaje general de cumplimiento del mismo del 46,14%. A pesar de las actuaciones llevadas a cabo durante este periodo en el ámbito del cáncer en la Comunidad Autónoma, esta cifra ligeramente por debajo del 50% muestra una clara oportunidad de mejora ante el desarrollo y la implementación del nuevo PICA 2017-2021.

Por otra parte, la evaluación final del PICA 2013-2016 desglosada por objetivos muestra una importante diversidad de situaciones entre los distintos objetivos priorizados en el mismo:

- El objetivo 1 "Promocionar y facilitar a la población la adopción de estilos de vida saludables frente al cáncer" presenta un porcentaje general de cumplimiento del 56%. Aunque la mayoría de las líneas de actuación de este objetivo presentan cifras aceptables, se ve lastrado por la falta de datos de los indicadores del ámbito laboral y medioambiental.
- El objetivo 2 "Fomentar la detección precoz de los principales tipos de cáncer" manifiesta un porcentaje general de cumplimiento del 43%. La mayoría de las líneas de actuación relacionadas con la detección precoz del cáncer de mama y del cáncer colorrectal muestran datos aceptables, siendo menores a nivel del cáncer de cérvix, en el ámbito laboral y la elaboración de guías poblacionales.
- El objetivo 3 "Garantizar la asistencia a las personas con cáncer con celeridad, eficiencia y calidad" evidencia un porcentaje general de cumplimiento del 36%. Aunque en Extremadura se garantiza la rápida asistencia a las personas con cáncer, existen líneas de actuación con bajos porcentajes de cumplimiento o con falta de datos, sobre todo en lo que respecta a la elaboración de guías o catálogos específicos.
- El objetivo 4 "Garantizar el desarrollo de las bases de atención multidisciplinar a niños/adolescentes con cáncer acorde a las recomendaciones internacionales en oncología pediátrica" revela un porcentaje general de cumplimiento del 81%, el más elevado del PICA 2013-2016.
- El objetivo 5 "Promover la atención a la persona con cáncer para mejorar su calidad de vida y la de sus familiares y/o sus cuidadores" presenta un porcentaje general de cumplimiento del 50%. Las líneas de actuación con mayor margen de mejora se relacionan con la coordinación terapéutica en este ámbito y con la adecuación de los equipos de soporte de cuidados paliativos.
- El objetivo 6 "Impulsar las actividades de formación en todos los ámbitos relacionados con el cáncer" presenta un porcentaje general de cumplimiento del 36%, destacando entre otros motivos la falta de datos disponibles sobre algunas de las líneas de actuación priorizadas.
- El objetivo 7 "Impulsar la investigación y los sistemas de información sobre el cáncer en Extremadura" revela un porcentaje general de cumplimiento del 21%, debido a la ausencia de un registro único de las actividades de investigación en Extremadura y a la inactividad del Sistema de Información de Cáncer de Base Poblacional de Extremadura (SICaP).

12. CONCLUSIONES

La población extremeña mantiene unas cifras totales muy estables alrededor de 1.100.000 habitantes a lo largo del siglo XXI, aunque con un importante trasvase poblacional hacia las ciudades más pobladas procedente de las localidades rurales más pequeñas, que se están despoblando a pesar de todas las medidas implementadas hasta la fecha. También se caracteriza por una baja densidad de población y una elevada dispersión, así como por una tendencia al envejecimiento superior a la media nacional, que alcanza las cotas más elevadas en las Áreas de Coria y Plasencia.

Todas las proyecciones evidencian una evolución poblacional hacia un mayor envejecimiento. Se prevé que siga la tendencia creciente del cáncer en Extremadura durante los próximos años, especialmente en áreas de salud como Coria y Plasencia.

Tanto la esperanza de vida al nacer como la esperanza de vida a los 65 años (indicador muy representativo en las enfermedades tumorales), presentan cifras muy elevadas en la Comunidad Autónoma y bastante cercanas a la media nacional. Sus valores ascendentes muestran una tendencia hacia el aumento de la incidencia y de la prevalencia del cáncer en Extremadura.

Entre los factores socioeconómicos que podrían influir sobre la incidencia y la mortalidad del cáncer destacan la renta disponible, la tasa de empleo y el nivel educativo, con cifras inferiores en Extremadura respecto a la media estatal.

Aún existe una prevalencia muy elevada de hábitos insanos y poco saludables, así como de factores de riesgo modificables entre la población extremeña.

Existe un alejamiento del patrón de dieta mediterránea sin exceso de calorías (dieta equilibrada y moderada en las cantidades de comida y bebida), agudizado en población infantil y adolescente, con el consiguiente incremento de la prevalencia de exceso de peso. A destacar la insuficiente sensibilización de la población para configurar unos hábitos de alimentación saludables. Además, en muchas situaciones cotidianas, la opción alimentaria más sana no es la más asequible ni la más fácil.

A pesar de los conocidos beneficios para la salud de la actividad física y del incremento de personas que la practican de forma regular, continúa existiendo un porcentaje muy elevado de personas sedentarias en Extremadura. Es especialmente preocupante el incremento del sedentarismo en la población infantil y juvenil.

Actualmente, las cifras de exceso de peso entre la población extremeña alcanzan cifras muy elevadas, prácticamente de carácter epidémico, a pesar de las medidas de sensibilización que se llevan a cabo. Son especialmente preocupantes los datos tan elevados en la población menor de edad.

A pesar de la persistencia de los elevados datos de consumo de tabaco, desde 2012 se observa una tendencia descendente tanto en Extremadura como en España, y tanto entre adultos como entre adolescentes. Durante los próximos años habrá que monitorizar esta evolución.

El consumo de alcohol en Extremadura se mantiene en valores muy elevados. A pesar de las actuaciones realizadas, aún no existe una clara conciencia social del peligro que supone el alcohol, especialmente entre los jóvenes.

La mortalidad por cáncer debida a factores ocupacionales se estima al menos en un 3-4% de la mortalidad total, a causa de numerosos agentes ocupacionales relacionados con la aparición de cáncer. Sin embargo, en España todavía son pocas las comunicaciones de tumores con sospecha de origen ocupacional. Y resultan aún más escasos los cánceres laborales reconocidos oficialmente como Enfermedad Profesional, especialmente cuando los comparamos con otros países de Europa.

El incremento de los casos de cáncer cutáneos relacionados con la exposición a las radiaciones ultravioletas hace necesario priorizar la prevención primaria dirigida a evitar la aparición del cáncer de piel en la población general y, especialmente, en las personas con un mayor riesgo.

Las medidas más efectivas contra las infecciones de virus oncogénicos son la vacunación contra la hepatitis B en menores de 1 año y la vacunación contra el VPH en niñas de 12 años. Ambas presentan una adecuada cobertura vacunal.

En la Comunidad Autónoma se realiza desde 1998 el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Extremadura, con resultados positivos. En 2016 se ha iniciado el Programa de Cribado del Cáncer Colorrectal de Extremadura, con la previsión de que se vaya ampliando progresivamente la cobertura del mismo. Respecto al cáncer de cérvix, en Extremadura se realiza cribado oportunista del mismo.

Extremadura cuenta con recursos en el ámbito del cáncer hereditario tanto en Cáceres, con una Unidad específica, como en Badajoz.

Las enfermedades tumorales se mantienen en España y en Extremadura como una de las principales causas de morbimortalidad, de discapacidad y de disminución de la calidad de vida, además de ocasionar unos costes socioeconómicos muy elevados.

La mortalidad por cáncer presenta una realidad compleja, probablemente matizada por el elevado grado de envejecimiento de la población extremeña y a la mayor supervivencia de las personas afectadas por esta enfermedad. El número total de defunciones por cáncer y por los principales tipos de tumores tiene una tendencia ascendente en Extremadura. Sin embargo, la tasa ajustada de mortalidad por cáncer es relativamente baja en comparación con el conjunto de países de la UE y además presenta una tendencia ligeramente descendente. Los valores de APVP han sido muy estables durante la última década.

La morbilidad hospitalaria general por cáncer y la causada por los principales tumores presenta una tendencia ascendente en Extremadura. Sin embargo, la estancia media por cáncer se ha reducido hasta alcanzar valores inferiores a la media nacional.

Por sexos, en general es mayor la morbilidad hospitalaria y la mortalidad por cáncer en varones, aunque existen tumores donde ocurre lo contrario.

España presenta tasas ajustadas de incidencia de tumores inferiores a las de la mayoría de países de la UE. Sin embargo, se estima que durante los próximos años puede aumentar de forma importante en Extremadura tanto la incidencia de las enfermedades tumorales (debido al intenso proceso de envejecimiento de la población extremeña) como su prevalencia (a causa de las mejoras en el tratamiento y la supervivencia de las mismas).

Las tasas de supervivencia están aumentando en todos los países europeos. España presenta tasas de supervivencia elevadas con respecto a otros países de la Unión Europea.

La incidencia de los tumores infantiles se mantiene estable. Sin embargo, ha disminuido significativamente la mortalidad por esta causa durante las últimas décadas, sobre todo por las mejoras asistenciales. Por su parte, el número de altas hospitalarias ha aumentado durante los últimos años.

Extremadura dispone de recursos en los distintos ámbitos del cáncer. En algunos casos son suficientes para atender a las necesidades asistenciales; en otros será necesario adaptar los recursos existentes a la nueva realidad de la población extremeña; y en algún caso concreto será necesario implementar nuevos recursos debido a la actual inexistencia de los mismos.

El cáncer constituye una de las causas más importantes de discapacidad en la Comunidad Autónoma. A nivel sociosanitario, la Comunidad Autónoma cuenta con distintos recursos para atender las necesidades de cuidados continuados o de larga duración, proporcionados a personas con necesidades simultáneas de cuidados personales y de cuidados sanitarios.

Anualmente se realizan en Extremadura distintas actividades de formación continuada relacionadas con el cáncer para profesionales por parte de diferentes entidades. Sin embargo, no existe un programa formativo específico del cáncer.

En Extremadura se promueve la investigación relacionada con el cáncer a través de diferentes entidades, como ocurre con FUNDESALUD.

El SSPE continúa la implementación de distintos sistemas de información interrelacionados entre sí, para constituir una potente red de información sanitaria telemática. A nivel de Cuidados Paliativos se dispone del *"Cuadro de Mando del Programa Regional de Cuidados Paliativos"*. Sin embargo, el Sistema de Información de Base Poblacional sobre Cáncer de Extremadura (SICaP) lleva varios años sin funcionar.

En el apartado previo dedicado a la Sostenibilidad se proponen una serie de medidas con el objetivo de mejorar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Por último, la evaluación final del PICA 2013-2016 evidencia un porcentaje general de cumplimiento del 46,14%. A pesar de las actuaciones llevadas a cabo durante este periodo en el ámbito del cáncer en la Comunidad Autónoma, esta cifra ligeramente por debajo del 50% muestra una clara oportunidad de mejora ante el desarrollo y la implementación del nuevo PICA 2017-2021.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN, OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

1. PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER

El cáncer constituye una de las principales causas de mortalidad tanto en España como Extremadura, siendo una patología multifactorial en la que se combinan, tanto factores genéticos como factores externos (estilos de vida y medio ambiente). En la actualidad, se considera que los factores de riesgos relacionados con el estilo de vida más relevantes son: el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la dieta diaria poco saludable, el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, ciertas infecciones y la exposición solar y a sustancias cancerígenas. Por otra parte, estos factores son comunes a otros tipos de patologías y problemas de salud, de ahí la trascendencia de su abordaje, especialmente desde el ámbito de la Salud Pública y Comunitaria.

Como consecuencia de la globalización de los mercados y de la urbanización, a partir de las condiciones de trabajo, la nutrición y el consumo, se han desencadenado importantes cambios en nuestras formas de vida, afectando a nuestra salud y promoviendo el aumento de las cifras de incidencia de esta enfermedad.

Se estima que uno de cada tres varones y una de cada cuatro mujeres serán diagnosticadas de cáncer a lo largo de su vida. El envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de las personas con cáncer, han supuesto un aumento significativo del número de personas con esta patología. Cada año aumenta en nuestro entorno su incidencia, pero también disminuye su mortalidad, lo cual refleja importantes avances en el diagnóstico precoz y en el tratamiento del mismo.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, más del 40% de todos los cánceres se podrían prevenir y se estima que más del 35% están relacionados con los estilos de vida. Estos datos invitan a hacer un abordaje global en la prevención a través de la modificación de esos estilos de vida de la mano de la promoción de la salud y, en especial, de la Educación para la Salud (EpS).

En este primer área de intervención del PICA 2017-2021, se recogen estrategias. Algunas de ellas transversales, dirigidas a la protección, la promoción y mejora del estado de salud de la población general y la prevención del cáncer, propuestas centradas principalmente en: La promoción de estilos de vida saludables, para el manejo adecuado y responsable de factores que afectan a nuestra propia salud, también a evitar la exposición a factores de riesgos, contando para ello como herramienta fundamental con la Educación para la Salud; el impulso de actuaciones de avance en materia de Seguridad Alimentaria, Salud Ambiental y/o el medio Laboral; la mejora de nuestro entorno; y la potenciación del seguimiento y el control adecuados de la salud de las personas, a lo largo de las diferentes etapas de sus vidas.

Estrategias prioritarias, en materia de Educación para la Salud, Seguridad Alimentaria, Salud Ambiental y/o Salud Laboral, ya definidas ampliamente en el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, son las propuestas destacadas para su impulso y consolidación, desde este área de intervención del PICA 2017-2020. Para ello, destacan como actuaciones fundamentales: la elaboración, la implantación, el adecuado desarrollo y el seguimiento efectivo, de planes específicos actuación, que se llevarán a cabo en el ámbito de toda la Comunidad Autónoma de Extremadura, y que más allá de cualquier problema concreto de salud, afectan y condicionan el su estado y grado. Se trata de impulsar Planes Marcos, como el Plan Estratégico de Educación para la Salud, el Plan de Seguridad Alimentaria y/o el Plan de Salud Ambiental; también otros planes, como el Plan Integral de Drogas y otras conductas adictivas (a tener en cuenta el abuso en el consumo de alcohol y/o el consumo en la adolescencia), el Plan de Control y Tratamiento del Tabaquismo en Extremadura, el Plan Integral de Salud Laboral, y el Plan de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales, considerados, todos ellos, decisivos en el abordaje de la protección y la promoción de la salud.

El adecuado y coordinado desarrollo de todos y cada uno de estos Planes, incluido el PICA, serán de manera transversal, determinantes en el estado de salud de la población general residente en Extremadura, en los próximos años. Para ello, será necesario, en determinados ámbitos de actuación, aunar esfuerzos, fomentar, e incluso establecer los organismos de regulación y coordinación, necesarios para ello.

De vital trascendencia para la protección y promoción de la salud, y la prevención del cáncer, es el impulso de los registros de todas las actividades relacionadas con la Salud Pública, llevadas a cabo por parte de los profesionales sanitarios del SSPE, así como la incorporación y volcado de toda la información disponible de los pacientes, en sus respectivas historias clínicas digitales, lo cual, nos permitiría disponer de datos actualizados sobre la situación de salud de la población de Extremadura, lo que permitiría a su vez, una eficiente planificación en esta materia.

De manera específica, en prevención primaria, se continuará priorizando la Educación para la Salud, realizando un abordaje, intersectorial e integral, en los ámbitos educativo, sanitario, sociocomunitario y laboral, desarrollando programas y proyectos específicos frente a los problemas de salud más relevantes, especialmente los relacionados con la alimentación y con la promoción de la actividad física, que propicien los estilos de vida saludables; así como evitar la exposición a factores de riesgos cuya presencia se reconoce como necesaria o favorecedora de la aparición de la enfermedad. Los dos factores más importantes, con una proporción de muertes atribuibles, alrededor de un 40%, fueron el tabaco y la dieta, sin olvidar la exposición laboral a cancerígenos, la excesiva exposición a los rayos solares, o el consumo abusivo de alcohol.

Y en prevención secundaria, se dará continuidad a la detección precoz de diferentes cánceres, tales como el cáncer de mama, cérvix y colorrectal; así como dar continuidad al diagnóstico genético en los síndromes de predisposición hereditaria, que posibiliten poner en marcha programas de prevención, tanto en atención primaria como especializada.

Objetivo 1:

Promocionar y facilitar a la población la adopción y el mantenimiento de estilos de vida saludables para la promoción y protección de su estado de salud y la prevención frente al cáncer.

Líneas de Actuación:

1.1.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento anual y evaluación del nuevo Plan Estratégico de Educación para la Salud de Extremadura, de acuerdo con el PSE 2013-2020.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).
- Secretaría General de Educación (Consejería de Educación y Empleo).
- Dirección General de Deportes (Consejería de Educación y Empleo).

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad del nuevo Plan Estratégico de Educación para la Salud de Extremadura.
- Disponibilidad de un informe de resultados de seguimiento y evaluación anual, del nuevo Plan Estratégico de Educación para la Salud de Extremadura y referencias en el mismo al cáncer.
- Valoración de los resultados del informe de resultados de seguimiento y evaluación anual, del nuevo Plan Estratégico de Educación para la Salud de Extremadura.

1.2.- Puesta en marcha y desarrollo de campañas y acciones informativas/divulgativas y formativas, dirigidas a la población general residente en Extremadura, y especialmente a la población infantil y juvenil, para la promoción del ejercicio físico regular, la alimentación saludable (dieta mediterránea), el no consumo de tabaco y el no abuso del alcohol y el fomento de otros hábitos saludables.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**

- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).
- Dirección General de Deportes (Consejería de Educación y Empleo).
- Secretaría General de Educación (Consejería de Educación y Empleo).
- Consejería de Medio Ambiente y Rural, Políticas Agrarias y Territorio.
- Centros de Profesores y Recursos (Consejería de Educación y Empleo).
- Escuela de Administración Pública de Extremadura (Consejería de Hacienda y Administración Pública).

Indicadores de evaluación:

- Número de campañas y/o acciones informativas/divulgativas llevadas a cabo/año, para la promoción del ejercicio físico, la alimentación saludable (dieta mediterránea), el no consumo de tabaco, el no abuso del alcohol y de otros hábitos saludables, dirigidas a la población general residente en Extremadura.
- Número de actuaciones llevadas a cabo para la difusión/divulgación del código Europeo frente al Cáncer de la OMS.
- Existencia y disponibilidad de consejos saludables, dirigidos a la población general, en el Portal Extremadura Salud.
- Número de artículos descargados de la Biblioteca Virtual del SSPE (Saludteca), relacionados con la promoción de hábitos saludables y la EpS.
- Evolución del porcentaje de personas extremeñas que declaran realizar ejercicio físico y otros hábitos saludables en las encuestas llevadas a cabo.
- Número de actividades formativas, dirigidas a profesionales, llevadas a cabo/año, relacionadas con la promoción del ejercicio físico, la alimentación y otros hábitos saludables, realizadas o impulsadas por la ECSAS, los Centros de Profesores y Recursos, la Escuela de Administración Pública de Extremadura y el Centro Extremeño de Formación Deportiva.

1.3.- Promoción de las actuaciones de coordinación y colaboración con otros departamentos de la Junta de Extremadura, para el impulso y desarrollo de Programas y Redes relacionadas con la promoción de hábitos saludables, entre ellos: el programa "El Ejercicio Te Cuida"; la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de la Actividad Física-Deportiva; la Red de Escuelas de Inteligencia Emocional; o la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).
- Secretaría General de Educación (Consejería de Educación y Empleo).
- Dirección General de Deportes (Consejería de Educación y Empleo).
- Consejería de Medio Ambiente y Rural, Políticas Agrarias y Territorio.
- Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria (CSPS).

Indicadores de evaluación:

- Actividades desarrolladas para la colaboración e impulso del programa "El Ejercicio Te Cuida".
- Evolución del número de municipios con el programa ya implantado.
- Evolución del número de participantes.
- Disponibilidad y evolución de resultados de seguimiento de: Red Extremeña de Escuelas Promotoras de la Actividad Física-Deportiva; Red de Escuelas de Inteligencia Emocional; Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud.
- Evolución del número de escuelas integrantes de estas tres redes/año.
- Porcentaje de alumnos que participan en las actividades de acompañamiento contempladas dentro del Programa de Frutas y Hortalizas en las Escuelas.
- Disponibilidad de convenio/os, entre la Administración sanitaria y la deportiva, para promocionar el ejercicio físico con la finalidad de incrementar la salud de la población.
- Número de contenidos en Internet sobre la promoción de hábitos saludables en páginas oficiales de la Administración Autónoma de Extremadura.
- Número de programas de radio y televisión, donde se promocionen hábitos saludables, respaldados por la Administración (sanitaria, educativa y/o deportiva) de Extremadura.

1.4.- Promoción, potenciación de la prescripción y consejos para la promoción y adquisición de hábitos saludables en las consultas de Medicina y Enfermería; así como impulso y promoción de las búsquedas y registros que realizan los profesionales de los equipos asistenciales, especialmente de todas las actividades relacionadas con la promoción y protección de la salud y prevención de factores de riesgo frente al cáncer, tanto en Jara y en la historia clínica digital, como en otras aplicaciones sanitarias de interés.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).
- Subdirección de Atención Primaria (SES).
- Subdirección de Sistemas de Información (SES).

Indicadores de evaluación:

- Medidas, instrucciones, recomendaciones, actuaciones y/o actividades llevadas a cabo para la promoción de las búsquedas y registros, que realizan los profesionales de los equipos asistenciales, especialmente de todas las actividades relacionadas con la promoción y protección de la salud, y prevención de la enfermedad.
- Evolución del número de registros realizados, relacionados con la promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad, ya sea en Jara, la historia clínica digital, como en otras aplicaciones informáticas sanitarias relacionadas y de interés.
- Evaluación anual de los servicios relacionados con la promoción de hábitos saludables de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES.
- Evolución del funcionamiento y de una mayor utilización y número de registros realizados por los profesionales que trabajan con ellos, especialmente: evolución del registro de las actividades del servicio 404, en concreto del plan terapéutico: ejercicio físico, plan terapéutico, hábito dietético, etc.

1.5.- Impulso para el adecuado desarrollo, funcionamiento y eficiencia de la "Oficina de Seguridad Alimentaria de Extremadura", de acuerdo con el PSE 2013-2020.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Dirección General de Agricultura y Ganadería (Consejería de Medio Ambiente y Rural, Políticas Agrarias y Territorio).
- Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

Indicadores de evaluación:

- Número de reuniones/año de la Oficina de Seguridad Alimentaria de Extremadura, en las que se hayan tratados temas relacionados con el cáncer.
- Disponibilidad de un informe de actividad anual de la Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria y referencias en el mismo a temas relacionados con el cáncer.

1.6.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del nuevo Plan Marco de Seguridad Alimentaria de Extremadura (PMSA), de acuerdo con el PSE 2013-2020.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Dirección General de Agricultura y Ganadería (Consejería de Medio Ambiente y Rural, Políticas Agrarias y Territorio).

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad y grado de implantación del PMSA.
- Disponibilidad de informe de resultados de seguimiento y evaluación anual del PMSA.

1.7.- Impulso para el adecuado funcionamiento y desarrollo de la "Comisión de Salud Ambiental de Extremadura", de acuerdo con el PSE 2013-2020.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Dirección General de Medio Ambiente (Consejería de Medio Ambiente y Rural, Políticas Agrarias y Territorio).
- Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

Indicadores de evaluación:

- Número de reuniones/año de la Comisión de Salud Ambiental de Extremadura, en las que se hayan tratados temas relacionados con el cáncer.
- Disponibilidad de un informe de actividad anual de la Comisión de Salud Ambiental de Extremadura y referencias en el mismo al cáncer.

1.8.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan Marco de Salud Ambiental de Extremadura, de acuerdo con el PSE 2013-2020.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Dirección General de Medio Ambiente (Consejería de Medio Ambiente y Rural, Políticas Agrarias y Territorio).

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad y grado de implantación del Plan Marco de Salud Ambiental de Extremadura.
- Disponibilidad de un informe de resultados de seguimiento y evaluación anual del Plan Marco de Salud Ambiental de Extremadura.

1.9.-Impulso para el adecuado funcionamiento y desarrollo de la "Comisión Interdepartamental de Coordinación en materia de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura", de acuerdo con el PSE 2013-2020.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).**
- **Dirección General de Función Pública (Consejería de Hacienda y Administración Pública).**
- Secretaría General de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.
- Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud.
- Dirección General de Trabajo (Consejería de Educación y Empleo).

Indicadores de evaluación:

- Número de reuniones/año de la Comisión Interdepartamental de Coordinación, en materia de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura.
- Disponibilidad de un informe anual de actividad de la Comisión Interdepartamental de Coordinación, en materia de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura.

1.10.- Dar impulso efectivo y continuidad al Plan Integral de Salud Laboral de Extremadura (PLISALAB 2008-2012), con la elaboración de un nuevo plan integral, y al Plan de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura vigente, para el adecuado desarrollo, seguimiento, evaluación y control de los mismos, de acuerdo con el PSE 2013-2020.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).**
- **Dirección General de Función Pública (Consejería de Hacienda y Administración Pública).**

- Secretaría General de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.
- Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud.
- Dirección General de Trabajo (Consejería de Educación y Empleo).

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad y grado de implantación del nuevo PLISALAB.
- Disponibilidad y grado de implantación del Plan de Actuación en Prevención de Riesgos laborales de Extremadura vigente.
- Disponibilidad de informe de resultados de seguimiento y evaluación anual del nuevo PLISALAB.
- Disponibilidad de informe de resultados de seguimiento y evaluación anual Plan de Actuación en Prevención de Riesgos laborales de Extremadura vigente.

1.11.- Dar impulso y continuidad al Plan Integral de Drogas y otras conductas adictivas en Extremadura (PIDCA 2008-2012), con la elaboración, implantación desarrollo, seguimiento y evaluación anual del nuevo Plan, de acuerdo con el PSE 2013-2020.

Unidades responsables:

- **Secretaría Técnica de Drogodependencias (SES).**
- Dirección General de Salud Pública (SES).
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).
- Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad y grado de implantación del nuevo PIDCA en Extremadura.
- Disponibilidad de informe anual de resultados del seguimiento y la evaluación del nuevo PIDCA en Extremadura.

1.12.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Control y Tratamiento del Tabaquismo en Extremadura (PPCTEX), de acuerdo con el PSE 2013-2020.

Unidades responsables:

- **Secretaría Técnica de Drogodependencias (SES).**
- Dirección General de Salud Pública (SES).
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).
- Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad, grado de implantación y desarrollo del Plan de Control y Tratamiento del Tabaquismo en Extremadura.
- Disponibilidad de un informe anual de resultados de seguimiento y evaluación del nuevo PPCTEX en Extremadura.
- Estudio de la evolución del número/porcentaje de fumadores tanto en población adulta como adolescente/juvenil residente en Extremadura, comparando resultados a nivel regional y estatal.

1.13.- Promoción efectiva de la utilización de determinadas vacunas, como herramientas básicas para prevenir ciertos tipos de cáncer, según la evidencia científica demostrada.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).
- Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).

Indicadores de evaluación:

- Coberturas/año, obtenidas en vacunaciones superiores al 95% frente a hepatitis B.
- Coberturas/año, obtenidas en vacunaciones superiores al 80% frente a VPH.

Objetivo 2:

Fomentar la detección precoz de los principales tipos de cáncer en Extremadura, mediante estrategias y metodologías de trabajo, que hayan demostrado su efectividad según las evidencias científicas disponibles, y siguiendo las recomendaciones en política de cribado poblacional.

Líneas de Actuación:

2.1.- Potenciación de la realización de valoraciones y/o estudios, por parte del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, acerca de posibles nuevas actuaciones de cribado poblacional, así como la revisión de las ya implantadas y en desarrollo en Extremadura.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).**
- Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).
- Dirección General de Salud Pública (SES).
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).

Indicador de evaluación:

- Número de ocasiones, en el seno del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, en las que se han tratado asuntos relacionados con valoraciones y/o estudios sobre nuevas posibles actuaciones de cribado poblacional frente al cáncer, y/o la revisión de las actuaciones que se estén llevando a cabo en Extremadura, según el acta de dichas reuniones.

2.2.- Dar continuidad e impulso al Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM), de acuerdo con las evidencias científicas disponibles y adaptando la población diana a las mismas.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad de descriptores del PDPCM e informe de resultados.
- Tasa de participación en el PDPCM.
- Tasa de recitación en el PDPCM.
- Tasa de pruebas adicionales en el PDPCM.
- Tasa de detección de cáncer en el PDPCM.
- Número de reuniones del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, en las que se ha abordado el PDPCM como un tema del orden del día.

2.3.- Elaboración y puesta en marcha de un Protocolo de Actuación en atención sanitaria para mujeres con mayor riesgo que el poblacional de Cáncer de Mama.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).
- Unidades de Consejo Genético (SES).

Indicador de evaluación:

- Disponibilidad del Protocolo de Actuación en atención sanitaria para mujeres con mayor riesgo que el poblacional de Cáncer de Mama.

2.4.- Elaboración e implantación del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix, en mujeres de 25 a 65 años de edad, de acuerdo con las últimas evidencias científicas disponibles.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad o no del Programa de Cribado poblacional de Cáncer de Cérvix, en mujeres de 25 a 65 años de edad, de acuerdo con las últimas evidencias científicas disponibles.
- Homogeneidad y grado de implantación del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix, en todas las áreas de salud de Extremadura.

2.5.- Impulso del Programa del Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal (PDPCCR), y actualización del mismo, según las evidencias científicas disponibles, incluyendo a lo largo del periodo de vigencia del presente PICA a toda la población de 50 a 69 años residente en Extremadura.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).
- Gerencias de las Áreas de Salud (SES).

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad de un informe de resultados y descriptores del PDPCCR.
- Tasa de participación del PDPCCR.
- Tasa de recitación en el PDPCCR.
- Tasa de pruebas adicionales en el PDPCCR.
- Tasa de detección de cáncer en el PDPCCR.
- Número de reuniones del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, en las que se haya abordado el PDPCCR como tema del orden del día.

2.6.- Elaboración y difusión, entre la población general residente en Extremadura, de una Guía Básica de signos y síntomas de alarma para la sospecha de detección precoz de los tumores más frecuentes en nuestro entorno.

Unidad responsable:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad de una Guía Básica de signos y síntomas de alarma para la sospecha de los tumores más frecuentes en nuestro entorno, en todas las áreas de salud.
- Número de actuaciones llevadas a cabo para la difusión/divulgación de dicha Guía, entre la población general residente en Extremadura.

2.7.- Actualización, y difusión entre profesionales sanitarios del SSPE, de la Guía de sospecha y detección precoz de los tumores más frecuentes en nuestro entorno (en la que se incluirá: la vigilancia post-ocupacional de trabajadoras y trabajadores jubilados que estuvieron expuestos a cancerígenos, así como los recursos disponibles en este ámbito, incluidas las asociaciones de pacientes y familiares implicadas y relacionadas con el Cáncer).

Unidades responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).**
- Subdirección de Atención Primaria (SES).
- Subdirección de Atención Especializada (SES).
- Dirección General de Salud Pública (SES).

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad o no de la actualización de la Guía de sospecha y detección precoz de los tumores más frecuentes en nuestro entorno, dirigida a los profesionales sanitarios del SSPE.
- Número de actuaciones llevadas a cabo, para la difusión/divulgación de dicha Guía actualizada, entre los profesionales sanitarios del SSPE.

2.8.- Elaboración de un Programa Regional de detección precoz de los principales tipos de cáncer hereditario; fomento del Programa de Consejo Genético en Cáncer Hereditario en Extremadura, mediante: campañas de sensibilización y educación sanitaria, y la elaboración y publicación de una guía destinada a los profesionales sanitarios, que incluya los criterios de derivación necesarios para la valoración de pacientes en una Unidad de Cáncer Hereditario.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- Unidades de Consejo Genético en Cáncer Hereditario (SES).
- Subdirección de Atención Primaria (SES).
- Subdirección de Atención Especializada (SES).
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad de un programa regional de detección precoz de los principales tipos de cáncer hereditario a través de la metodología que haya demostrado su efectividad, que contemple estrategias y medidas específicas, dirigidas a familias con Síndrome de Cáncer de Mama y Ovario Hereditario (CMOH) y Síndrome de Lynch (SL), así como para familias con criterios clínicos de Riesgo Intermedio y Alto Riesgo en las que no haya sido posible identificar mutaciones patogénicas.
- Número de campañas de sensibilización y educación sanitaria, o actuaciones relacionadas llevadas a cabo, sobre el consejo genético en cáncer hereditario en Extremadura, los síndromes de cáncer hereditario y la importancia de su diagnóstico para establecer estrategias de prevención y diagnóstico precoz en estas familias.
- Disponibilidad de una guía dirigida a los profesionales sanitarios, que incluya los criterios de derivación necesarios para la valoración de pacientes en una Unidad de Cáncer Hereditario.

2. ASISTENCIA AL CÁNCER EN ADULTOS

El cáncer constituye uno de los principales problemas de salud para la población extremeña, siendo causa fundamental de enfermedad y muerte, así como de discapacidad y disminución de la calidad de vida en Extremadura, ocasionando importantes repercusiones socioeconómicas en nuestra sociedad.

Ante la sospecha de padecer un cáncer, los pacientes deben disponer de una asistencia sanitaria y sociosanitaria adecuada y accesible, con el empleo de medios diagnósticos y terapéuticos eficientes, basados en la evidencia científica, y evitando las demoras injustificadas en su diagnóstico. También es importante proporcionarles la necesaria información, fomentando así su participación en la toma de decisiones y en la personalización de su proceso asistencial.

El proceso oncológico conlleva, además de la patología orgánica, alteraciones emocionales y sociales que transforman la vida del paciente y, muchas veces, la de sus familiares. Por ello se precisa un abordaje individualizado y continuo, atendiendo no sólo las necesidades y demandas de cuidados estrictamente sanitarios, sino también aquellos que se requieran para el bienestar social y emocional de los pacientes y sus familias. La información que se proporcione, tanto al paciente como a las familias, debe incluir una descripción adecuada y sencilla de la enfermedad, de los tratamientos actuales y de las alternativas disponibles, así como de los resultados esperados y los posibles efectos secundarios, además de los recursos disponibles a nivel sanitario, social y comunitario.

El planteamiento de la asistencia al cáncer en nuestra Comunidad Autónoma debe englobar distintas actuaciones con el objetivo de:

- Reducir la incidencia y la mortalidad global de esta enfermedad.
- Favorecer la accesibilidad de la población a los recursos sanitarios, a los mejores tratamientos y a los últimos avances tecnológicos y terapéuticos disponibles. Todo ello para lograr un diagnóstico precoz y un tratamiento de calidad, eficaz y eficiente, planificando y primando el principio de equidad como base de toda actuación, y contribuyendo así a la sostenibilidad de los recursos.
- Mejorar la calidad de vida y la supervivencia de las personas con cáncer, reduciendo las secuelas que puedan llevarla a una situación de discapacidad o dependencia.

El tratamiento del cáncer en el adulto tiene un carácter multidisciplinar, ya que en la mayoría de los casos requiere de la combinación de diferentes estrategias terapéuticas, lo que puede dificultar la continuidad asistencial y la planificación de las necesidades de recursos en este ámbito, así como la evaluación de los resultados clínicos en Oncología. Por ello, la disponibilidad y utilización de Guías Clínicas, Vías Clínicas y Protocolos independientes y validados por la Administración, basados en la evidencia científica disponible, van a permitir mejorar la atención dispensada y disminuir la variabilidad.

El equipo de atención primaria desempeña un papel importante en el proceso oncológico, no sólo en el aspecto de la prevención y promoción de la salud, sino también y dada su proximidad y conocimiento del paciente y de su entorno, facilita el diagnóstico y asegura la continuidad de tratamientos especializados. Por ello, se debe potenciar su papel en diferentes fases de la enfermedad como una parte más en igualdad y asegurando mecanismos de continuidad asistencial evaluables.

Objetivo 3:

Garantizar la asistencia a las personas con cáncer desde la sospecha diagnóstica hasta la confirmación y su posterior tratamiento, con celeridad y con criterios de eficiencia y calidad.

Líneas de Actuación:

3.1.- Elaboración, por parte del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, de un modelo básico de protocolo de derivación de pacientes con sospecha de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada.

Unidades responsables:

- **Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE.**
- Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).

Indicadores de evaluación:

- Elaboración, por el Consejo Asesor sobre el cáncer del SSPE, del modelo básico de protocolo de derivación de pacientes con sospecha de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada.
- Disponibilidad del modelo básico de protocolo de derivación de pacientes con sospecha de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada.

3.2.- Adaptación e implantación, por parte de las distintas Gerencias de las Áreas de Salud, del modelo básico de protocolo de derivación de pacientes con sospecha de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada, en base a las características propias de cada una de ellas.

Unidades responsables:

- **Gerencias de Área de Salud (SES).**
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).**

Indicadores de evaluación:

- Número de áreas de salud que han realizado la adaptación del modelo, e implantado el nuevo protocolo de derivación de pacientes con sospecha fundada de cáncer.
- Número de áreas de salud que en base al nuevo protocolo, ya implantado, realizan la derivación de pacientes con sospecha fundada de cáncer.

3.3.- Mejora de la atención multidisciplinar, para dar respuesta a la complejidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes diagnosticados de cáncer, a través de Comités de Tumores en todas las áreas de salud de Extremadura.

Unidades responsables:

- **Dirección Gerencia del SES.**
- **Gerencias de Área de Salud (SES).**

Indicadores de evaluación:

- Áreas de salud que disponen de un Comité General de Tumores.
- Número de Comités de Tumores Específicos por áreas de salud.
- Número de reuniones/año por Comité de Tumores.
- Número de pacientes/año tratados por cada Comité de Tumores.

3.4.- Asignación de un interlocutor, de entre los especialistas que atienden a la persona enferma durante el ingreso hospitalario, que actuará como referente para ella y su familia a lo largo del proceso de atención hospitalaria y que coordinará, en colaboración con el personal de Enfermería, la aplicación del plan terapéutico y la comunicación con el equipo de atención primaria y con el equipo de soporte de cuidados paliativos.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).**
- **Gerencias de Área de Salud (SES).**

Indicador de evaluación:

- Número de áreas de salud que declaran asignar un interlocutor a todos los pacientes con cáncer durante el ingreso hospitalario.

3.5.- Estudio e informe/s, por parte del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, de las necesidades existentes en aquellas áreas diagnósticas y terapéuticas del cáncer en la Comunidad Autónoma que el Consejo Asesor considere necesarias para su adaptación a los estándares nacionales-europeos, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Unidades responsables:

- **Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE.**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).

Indicadores de evaluación:

- Número de informes elaborados, por parte del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, sobre las necesidades existentes en aquellas áreas diagnósticas y terapéuticas del cáncer en la Comunidad Autónoma que el Consejo Asesor priorice para su adaptación a los estándares nacionales-europeos.
- Número de áreas diagnósticas y terapéuticas del cáncer en la Comunidad Autónoma que el Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE considera que es necesario mejorar para su adaptación a los estándares nacionales-europeos.
- Número de mejoras adoptadas por el Servicio Extremeño de Salud y/o las áreas de salud tomando como referencia el/los informe/s elaborados por el Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE.
- Número de áreas de salud que adoptan mejoras en base a los informes del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE.

3.6.- Elaboración y difusión de un catálogo actualizado con los recursos disponibles en el ámbito de la atención a pacientes con cáncer en Extremadura.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).**
- **Dirección General de Salud Pública (SES).**
- **Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).**

Indicadores de evaluación:

- Elaboración del catálogo actualizado con los recursos disponibles en el ámbito de la atención a pacientes con cáncer en Extremadura.
- Actividades llevadas a cabo para la difusión y el conocimiento del catálogo.

3. ASISTENCIA AL CÁNCER INFANTIL Y JUVENIL

El cáncer infanto-juvenil engloba los tumores que se diagnostican en la población comprendida entre los 0 a 18 años de edad. Esta característica de rango poblacional, hace que se planteen desde el momento del diagnóstico hasta su evolución a curación o fallecimiento, una serie de necesidades específicas como son la escolarización durante el periodo de su enfermedad, la atención psicosocial y la protección de la dignidad y calidad de vida de los pacientes, entre otras.

Los tumores infantiles difieren en muchos aspectos de los tumores en los adultos, sobre todo por la poca probabilidad de realizar una prevención primaria eficaz del cáncer infantil, por lo que la lucha contra esta enfermedad continúa basándose casi en su totalidad, en los avances diagnósticos y terapéuticos.

Cada año se diagnostican cerca de 1.400 nuevos casos de menores con cáncer en España de 0 a 18 años (algo más de 1.000 nuevos casos en menores de 0-14 años). A pesar de ser una enfermedad rara, el cáncer infantil es la primera causa de muerte por enfermedad hasta los 14 años. El tipo de cáncer más frecuente en población infantil es la leucemia (25%), seguido de los tumores del Sistema Nervioso Central (19,6%) y los linfomas (13,6%), según el Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP). El RETI contribuye a la lucha contra el cáncer en la infancia mediante el estudio de la supervivencia de los menores con cáncer en España y su comparación internacional; el estudio de la incidencia y sus tendencias; y colaborando al estudio de factores de riesgo causal.

Según datos publicados por el RETI-SEHOP en 2016, la incidencia del cáncer infantil en España es de 1.466 casos nuevos anuales por 100.000 menores de 0-14 años (incidencia de 14,66 casos nuevos anuales por 100.000 menores extremeños de 0-14 años), similar a la de otros países europeos. Por lo tanto, cerca de 1.100 menores españoles, de los cuales 23 procederían de Extremadura, enferman de cáncer cada año. Se constata durante las últimas décadas que mientras la incidencia de los tumores infantiles se mantiene estable o aumenta ligeramente en España, la mortalidad de muchos de ellos ha sufrido un importante descenso debido especialmente a los avances terapéuticos.

Tal y como recoge la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, la atención a los menores diagnosticados de cáncer debe realizarse en el hospital, en una unidad de oncología pediátrica, dada la complejidad y especificidad del tratamiento. Esta centralización permite obtener unos mejores resultados diagnósticos, terapéuticos, de supervivencia y calidad de vida referido a los pacientes y a sus familias.

La supervivencia de los enfermos de cáncer infantil ha aumentado en los últimos años, siendo del 80% a los tres años del diagnóstico y a los cinco años del 77%. A pesar de los grandes avances terapéuticos, el cáncer es la primera causa de muerte por enfermedad en la infancia y la adolescencia, a partir del primer año de vida. Los menores curados de cáncer, cada vez más numerosos, con frecuencia presentan secuelas que requieren atención sanitaria, a veces, de por vida. En este sentido, resulta necesario asegurar un seguimiento adecuado de los pacientes en edad adulta que han sufrido un cáncer infantil y así lo requieran.

En la actualidad sigue siendo fundamental incidir en la formación continuada de los profesionales de Pediatría y Medicina de Familia de los equipos de atención primaria acerca de la patología oncológica pediátrica y en la mejora de los cauces de derivación ante la sospecha diagnóstica de cáncer infantil y juvenil, con el fin de poder detectar esta patología en los estadios más precoces para conseguir un pronóstico mucho más favorable y, como consecuencia, una mayor esperanza de vida.

Los tumores infantiles presentan, entre otros, el problema de tener pocos síntomas y signos patognomónicos. La mayoría de ellos se confunden con los de otras enfermedades o son demasiado inespecíficos (fiebre, palidez, inapetencia, cefalea, vómitos, estreñimiento, etc.), por lo que para el pediatra de AP puede resultar difícil hacer el diagnóstico de cáncer.

El cáncer infantil, además de una causa importante de morbimortalidad en este grupo de edad, es origen de numerosas secuelas físicas y psicológicas a medio y largo plazo, lo que unido al elevado impacto emocional familiar y social que produce el diagnóstico de un tumor en un menor, hace necesario destacar la gran importancia de las asociaciones de pacientes y familiares, en el abordaje de estos procesos en el entorno

psicosocial. La movilización de recursos, a través del Trabajo Social, y de la Psicología, supone un aumento en la calidad de vida del paciente y sus familiares

Objetivo 4:

Garantizar el desarrollo de las bases de atención multidisciplinar a menores (0-18 años) con cáncer, acorde a las recomendaciones internacionales en Oncología Pediátrica.

Líneas de Actuación:

4.1.- Mantenimiento de las estructuras de la Unidad Multidisciplinar de Oncohematología Pediátrica del Complejo Hospitalario de Badajoz, incluyendo si fuera necesario, su actualización/adaptación, en función de las necesidades de la población atendida y de las competencias de dicha unidad.

Unidad responsable:

- **Gerencia del Área de Salud de Badajoz (SES).**

Indicador de evaluación:

- Medidas llevadas a cabo para el adecuado mantenimiento de la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Complejo Hospitalario de Badajoz.
- En el caso de que fueran necesarias, medidas llevadas a cabo para la actualización/adaptación, a las necesidades de la población atendida por la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Complejo de Badajoz.

4.2.- Elaboración, por parte del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, de un modelo básico de protocolo de derivación de menores con sospecha fundada de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada.

Unidades responsables:

- **Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE.**
- Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).

Indicadores de evaluación:

- Elaboración, por el Consejo Asesor sobre el cáncer del SSPE, del modelo básico de protocolo de derivación de menores con sospecha fundada de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada.
- Disponibilidad del modelo básico de protocolo de derivación de menores con sospecha fundada de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada.

4.3.- Adaptación e implantación, por parte de las distintas Gerencias de las Áreas de Salud, del modelo básico de protocolo de derivación de menores con sospecha fundada de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada, en base a las características propias de cada una de ellas.

Unidades responsables:

- **Gerencias de Área de Salud (SES).**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).

Indicadores de evaluación:

- Número de áreas de salud que han realizado la adaptación del modelo, e implantado el nuevo protocolo de derivación de pacientes con sospecha fundada de cáncer.

- Número de áreas de salud que en base al nuevo protocolo, ya implantado, realizan la derivación de pacientes con sospecha fundada de cáncer.

4.4.- Elaboración, por parte del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, del pasaporte de superviviente de un cáncer infantil o de la adolescencia en la Comunidad Autónoma y de un modelo básico de protocolo para el adecuado seguimiento del mismo en la edad adulta.

Unidades responsables:

- **Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE.**
- Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).

Indicadores de evaluación:

- Elaboración del pasaporte de superviviente de un cáncer infantil o de la adolescencia en la Comunidad Autónoma y de un modelo básico de protocolo para el adecuado seguimiento del mismo en la edad adulta.
- Disponibilidad del pasaporte de superviviente de un cáncer infantil o de la adolescencia en la Comunidad Autónoma y de un modelo básico de protocolo para el adecuado seguimiento del mismo en la edad adulta.

4.5.- Adaptación e implantación, en las diferentes áreas de salud, del pasaporte de superviviente de un cáncer infantil o de la adolescencia en la Comunidad Autónoma y de un modelo básico de protocolo para un adecuado seguimiento del mismo en la edad adulta.

Unidades responsables:

- **Gerencias de Área de Salud (SES).**
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).**

Indicadores de evaluación:

- Número de áreas de salud que han realizado la adaptación e implantación del pasaporte de superviviente de un cáncer infantil o de la adolescencia, así como del nuevo protocolo de seguimiento de pacientes que, tras sufrir un cáncer infantil, requieran un adecuado seguimiento del mismo en la edad adulta.
- Áreas de salud que en base al nuevo protocolo ya implantado, puedan realizar o realicen el seguimiento de pacientes en la edad adulta.

4. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER Y SUS FAMILIAS

Los problemas de todo tipo que sufren las personas que padecen cáncer afectan a su calidad de vida, ocasionando cambios en todos los aspectos, y afectando también a sus familiares.

A la disminución progresiva en los últimos años, de los años potenciales de vida perdidos (APVP) de las personas que padecen cáncer, y el aumento en la esperanza de vida, hay que sumar la disminución de los efectos secundarios en los tratamientos para el cáncer. En esta situación, se tendrá en cuenta cuál es la apreciación que estas personas tienen sobre su situación actual (padecer cáncer), comparada con la anterior en la que no estaba diagnosticado de cáncer, y frente a las expectativas sobre su futuro.

Los pacientes con cáncer requieren un control permanente, debido a los efectos secundarios que presenta la enfermedad y su tratamiento, y también por el impacto que supone en la familia y en su entorno.

Tras el tratamiento, el propósito es mejorar la calidad de vida de los paciente y de sus familiares y/o cuidadores. Estos cuidados deben de aplicarse tan pronto como sea posible, y paliar en lo posible los efectos secundarios.

La rehabilitación funcional en el paciente con cáncer adquiere un papel crucial en la mejora de la calidad de vida en los mismos, aumentando las posibilidades de reinserción tanto a nivel social como laboral del paciente.

Se tendrán presentes los recursos propios del SSPE, los de Participación Comunitaria en Salud, SEPAD, y los de otros organismos que pueden intervenir, para lograr una rehabilitación funcional, psicológica y social de estos pacientes, así como una reinserción sociofamiliar y laboral, que permita la recuperación de su autonomía. Además, en el caso de pacientes oncológicos en fase terminal y compleja, se contará con la prestación de cuidados paliativos, desde un modelo de Atención Compartida con el que se trabaja en los equipos de Cuidados Paliativos, y en el que se considera fundamental la coordinación entre los distintos niveles asistenciales en los que se encuentra el paciente, para garantizar la continuidad asistencial.

Desde el PICA se propugna un abordaje integral en la calidad de vida de estas personas, con un equipo multidisciplinar, que asuma no solo el tratamiento y abordaje del dolor oncológico, sino el aumento de la calidad de vida, la rehabilitación, la reinserción, y la prestación específica de servicios en los casos en los que se produce una situación terminal.

Objetivo 5:

Mejorar la calidad de vida de las personas que padecen cáncer y de sus familias.

Líneas de Actuación:

5.1.- Realización de un estudio/encuesta sobre calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer, en la Comunidad Autónoma de Extremadura, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Unidad responsable:

- **Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad (CSPS).**

Indicador de evaluación:

- Existencia y disponibilidad de un estudio sobre calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

5.2.- Puesta en marcha y desarrollo de los objetivos, dirigidos al paciente oncológico en fase avanzada de enfermedad, que se establezcan en el Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Extremadura.

Unidad responsable:

- **Coordinación Regional de Cuidados Paliativos (SES).**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).

Indicador de evaluación:

- Número y grado de cumplimiento de aquellos objetivos dirigidos al paciente oncológico en fase avanzada de enfermedad, incluidos en el Plan Estratégico de Cuidados Paliativos.
- Creación de una Unidad específica de Cuidados Paliativos Pediátricos.

5.3.- Puesta en marcha y desarrollo de los objetivos dirigidos al paciente oncológico, que se establezcan en el Plan Regional del Dolor.

Unidad responsable:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).**

Indicador de evaluación:

- Número y grado de cumplimiento de aquellos objetivos dirigidos al paciente oncológico, incluidos en el Plan Regional del Dolor.

5.4.- Facilitar la coordinación entre la unidad clínica asistencial responsable del paciente, el Equipo de Cuidados Paliativos, la Unidad del Dolor, y los profesionales de Atención Primaria de las áreas de salud, para consensuar tratamientos paliativos y del dolor en situaciones complejas, mediante consultorías/asesorías telefónicas, informáticas, reuniones presenciales y/o registros en la historia clínica digital.

Unidad responsable:

- **Coordinación Regional de Cuidados Paliativos (SES).**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).
- Subdirección de Sistemas de Información (SES).

Indicadores de evaluación:

- Número de acciones de coordinación realizadas, para consensuar tratamientos paliativos en pacientes en situación compleja, entre niveles asistenciales.
- Número de acciones de coordinación realizadas, para consensuar tratamientos del dolor en pacientes en situación compleja, entre niveles asistenciales.

5.5.- Implantación, en todas las áreas de salud, de la guía clínica para la atención del paciente con cáncer en situación terminal, su familia y sus cuidadores.

Unidad responsable:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).**
- **Gerencias de las Áreas de Salud (SES).**

Indicadores de evaluación:

- Número de actividades desarrolladas dirigidas a profesionales, para la divulgación de la guía clínica para la atención del paciente con cáncer en situación terminal, su familia y cuidadores.
- Número de actividades desarrolladas dirigidas a profesionales, para la implantación de la guía clínica para la atención del paciente con cáncer en situación terminal, su familia y cuidadores.
- Número de áreas de salud en las que se haya implantado la guía clínica para la atención del paciente con cáncer en situación terminal, su familia y sus cuidadores.

5.6.- Potenciación del apoyo psicológico y social a las personas que sufren un cáncer, tanto en edad adulta como en menores, sus familias y cuidadores.

Unidades responsables:

- **Gerencias de las Áreas de Salud (SES).**
- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud (CSPS).**
- Asociaciones de Pacientes y Familiares de enfermos de cáncer, inscritas en el Registro General de Asociaciones.
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales (SES).

Indicadores de evaluación:

- Número y tipo de recursos existentes y de nueva creación, en las áreas de salud del SES, para la atención psicológica y social del paciente con cáncer.
- Número de asociaciones de pacientes con perfil sanitario, inscritas en el Registro General de Asociaciones, que prestan apoyo al paciente oncológico.
- Áreas de salud que realizan la atención psicosocial a las personas que sufren un cáncer en la Comunidad Autónoma

5.7.- Atención a las situaciones de dependencia de las personas que padecen cáncer, tanto al final de la vida como en aquellas cuyo pronóstico es de estabilidad.

Unidad responsable:

- **Dirección Gerencia del SEPAD.**

Indicadores de evaluación:

- Número de solicitudes trimestrales de atención a situaciones de dependencia de las personas que padecen cáncer/año.
- Evolución del número de valoraciones trimestrales y tiempo medio transcurrido desde la solicitud/año.
- Número de dictámenes realizados y su grado y nivel.
- Evolución del número de Programas Individualizados de Atención (PIAs) realizados y tiempo medio transcurrido desde la valoración/año.

5.8.- Potenciar la rehabilitación específica y/o funcional en pacientes supervivientes de cáncer para aminorar o eliminar las secuelas producidas por el cáncer y la quimiorradioterapia, entre ellos: mejora de la fonación, mejora o resolución del linfedema, rehabilitación de la cintura escapular, mejora de la salud dental, disminución de las secuelas cardiológicas, y otras.

Unidades responsables:

- **Gerencias de las Áreas de Salud (SES).**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).

Indicador de evaluación:

- Áreas de salud que realicen rehabilitación específica y/o funcional en pacientes supervivientes de cáncer, y tipo de recurso utilizado para:
 - Mejora de la fonación.
 - Mejora o resolución del linfedema.
 - Rehabilitación de la cintura escapular.
 - Mejora de la salud dental.
 - Disminución de las secuelas cardíacas.
 - Otros tipos de rehabilitación existentes en el área de salud en pacientes supervivientes de cáncer.

5. INSTRUMENTOS DE APOYO A LA ATENCIÓN DEL CÁNCER

Formación, investigación y sistemas de información continúan siendo tres pilares fundamentales del SSPE para conseguir mejorar la atención oncológica en la Comunidad Autónoma. Se trata de tres áreas transversales que deben servir como instrumentos de apoyo a la atención de las personas con cáncer.

Formación:

La formación pregrado frente al cáncer y sus factores determinantes, requiere una revisión y actualización permanentes para la mejor adecuación de los conocimientos de los futuros egresados, en el marco de una formación concebida a través de un modelo por competencias profesionales integradas, que priorice el aprendizaje por encima de la enseñanza.

Se deben potenciar y diseminar los estudios de postgrado y estrechar la colaboración de la Universidad de Extremadura con el SSPE. La formación sanitaria en las diferentes especialidades sanitarias en Ciencias de la Salud, debe desarrollar eficazmente los programas formativos capaces de dotar a los profesionales de los conocimientos, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad.

La formación continuada de los profesionales del SSPE relacionados con la atención al cáncer es una responsabilidad propia e ineludible de cada uno de ellos, pero que debe ser apoyada de manera explícita por la Administración sanitaria facilitando los medios y las herramientas necesarias para hacer factible y eficaz el esfuerzo de estos profesionales. La formación continuada, no solo debe dirigirse a la actualización de conocimientos, sino también a la adquisición de actitudes y habilidades, favoreciendo el aprendizaje por competencias y promoviendo el compromiso con la mejora continua de la calidad.

En la actualidad, la evolución del conocimiento en el campo de atención al cáncer es tan importante, que se hace imprescindible disponer de unos planes de formación dinámicos y participativos que nos permitan garantizar una actualización y mejora continua de los procesos relacionados con este campo. Además, se hace necesario facilitar a los profesionales, desde su puesto de trabajo, el acceso a distintas fuentes de conocimiento, como bibliotecas virtuales que contengan revistas científicas indexadas y material relevante y con impacto en la comunidad científica, así como desarrollar herramientas para la ayuda al profesional en la toma de decisiones clínicas en los procesos prioritarios, permanentemente actualizadas y basadas en la evidencia.

Hay que incidir en la necesidad de mejorar formación continuada y específica para los profesionales del SSPE a fin de que puedan atender adecuadamente la prevención del cáncer y las necesidades de los pacientes con la enfermedad (en fase incipiente/avanzada/terminal) y su familia.

En definitiva, tanto la docencia y formación de pregrado, como la formación sanitaria especializada y la formación continuada, deben ser un pilar fundamental en el Plan, dado que alrededor de esta enfermedad los conocimientos aumentan y cambian muy rápidamente y la repercusión de estos cambios en las habilidades y actitudes de los profesionales son determinantes. Por tanto, el PICA 2017-2021 debe contemplar estos cambios e incidir en la formación de los colectivos profesionales del SSPE y de los servicios sociosanitarios relacionados con el cáncer.

En Extremadura, las actividades formativas relacionadas con el Cáncer se llevan a cabo por:

- La Administración Pública, a través de: la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria (ECSAS); FUNDESALUD; las Gerencias de Área del SES; la Consejería de Educación y Empleo (Centros de Profesores y Recursos); e incluso, la Escuela de Administración Pública de Extremadura.
- Otras instituciones y entidades públicas y privadas, como Sociedades Científicas, Colegios Profesionales, Universidad de Extremadura, Industria farmacéutica, Asociaciones de pacientes, etc.

Debe propiciarse una coordinación efectiva entre ellas, y mejorar el conocimiento de todas las actividades formativas que realizan en este ámbito en Extremadura. Por ello resulta importante potenciar la función de coordinación interdepartamental y aquella que la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura puede realizar entre los distintos proveedores de formación, así como la información sobre las diferentes actividades formativas que se organizan en ella.

Investigación:

La gran trascendencia de la investigación en oncología y el amplio calado que tiene en la sociedad están fuera de toda duda. Las investigaciones básicas, clínicas, moleculares y epidemiológicas han llevado a mejoras en la prevención, la detección y el tratamiento del cáncer. La disminución de los índices de mortalidad por cáncer y el aumento en el número de supervivientes de cáncer son indicadores importantes de los avances logrados.

Por otra parte, respecto a las iniciativas sanitarias que mas apoyo han obtenido en las plataformas de recogida de firmas, a lo largo de 2016, en la plataforma *Change.org* una iniciativa sanitaria destaca por encima de las demás. Se trata de la que recoge firmas para que se instaure una **casilla para la investigación contra el cáncer en la Declaración de la renta**, al estilo de la que ya existe para destinar fondos a la Iglesia o a fines sociales, lo que nos da una idea de la importancia social que se le otorga a este apartado.

Para seguir avanzando en este área y alcanzar una mejora en los resultados de salud o en la satisfacción de pacientes es necesaria una investigación estructurada, que contemple el cáncer desde una óptica multidisciplinar, que incluya actividades como la investigación en epidemiología, etiología y prevención del cáncer, la biología celular y molecular, el estudio de las vías de señalización celular y la generación de la imagen molecular, etc, así como el impacto de los resultados sobre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. En este sentido, la investigación resulta de especial importancia para el desarrollo de la medicina personalizada u oncología de precisión, dado que nos va a permitir la caracterización de determinados tumores para seleccionar el tratamiento que con mayor probabilidad será efectivo y desechar aquellos ineficaces e ineficientes.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, FUNDESALUD impulsa las relaciones entre promotores, investigadores y el Servicio Extremeño de Salud para la suscripción de los Contratos de realización de ensayos clínicos con medicamentos y productos sanitarios así como de estudios posautorización de tipo observacional, participando también en la gestión de los mismos a través de la Unidad de Gestión de Ensayos Clínicos de Extremadura.

Esta Unidad tiene entre sus principales objetivos impulsar la investigación clínica traslacional, a través de una estructura sólida de apoyo a los investigadores dando soporte técnico y administrativo; fomentar la interacción y la coordinación entre los diferentes Servicios de los Hospitales y los grupos de investigación, con el fin de promover nuevos proyectos de investigación con la mayor calidad y celeridad posible en su gestión; atraer los ensayos clínicos de la industria que contribuyan al impulso de la investigación clínica en Extremadura, garantizando una gestión ágil y de calidad. Desde la administración sanitaria, se debe promover el aprovechamiento pleno de todas las infraestructuras disponibles para la investigación oncológica en nuestro entorno, mereciendo una mención especial la continuidad del apoyo al Banco de Tumores de Extremadura, como integrante del Biobanco de Extremadura.

Sistemas de Información:

Los sistemas de información sanitaria en el ámbito del cáncer son imprescindibles para proveer de información precisa y actualizada en relación con este problema de salud, permitiendo medir los diferentes aspectos del mismo. Además, deben proporcionar una base para la investigación sobre las causas del cáncer y su prevención, así como sobre las tendencias de los factores de riesgo, permitiendo realizar el seguimiento y conocer los efectos que producen las intervenciones de prevención, de detección precoz, tratamiento y cuidados paliativos, posibilitando de esta manera la planificación y evaluación de la atención oncológica.

Existen dos tipos de Registros de Cáncer: hospitalarios y poblacionales. Los Registros de Cáncer de Base Poblacional recopilan datos sobre todos los casos nuevos de cáncer que se producen en una población definida, generalmente a partir de varias fuentes. De este modo producen información sobre la incidencia de cáncer en esa población y proporcionan un marco para la evaluación y control del impacto de esta enfermedad en la comunidad. Los Registros Hospitalarios de Tumores, tal y como están concebidos, nos informan y controlan acerca de tiempos diagnósticos, tiempos analíticos y de pruebas de imagen, líneas

terapéuticas, situación del paciente, causas de la muerte si se produjere, etc, mostrando así la eficacia de todo el procedimiento y posibles diferencias interáreas o intercentros y posibilitando las mejoras pertinentes.

El SSPE cuenta con el **Sistema de Información de Base Poblacional sobre Cáncer de Extremadura (SICaP)**, registro específico creado en 2001 para valorar la dimensión del cáncer mediante el conocimiento de su incidencia. Sin embargo, distintos problemas relacionados con él han impedido su funcionamiento. El desarrollo e implementación del SICaP debe constituir una de los principales actuaciones propuestas en este PICA 2017-2021, que habrá de complementarse con la constitución y extensión a toda la Comunidad de los Registros Hospitalarios de Tumores, más completos e informativos, permitiendo así, de una mejor manera, valorar el funcionamiento de todo el sistema asistencial oncohematológico y constituyendo la principal fuente de datos del SICaP, aparte de constituir una herramienta esencial para la investigación oncológica, junto con los servicios de anatomía patológica y los bancos de tumores.

En 2016 se ha producido un cambio en la codificación de diagnósticos hospitalarios, pasando a realizarse mediante CIE-10_ES. En un escenario de paciente único en el SES, gracias a la identificación en la base poblacional CIVITAS y la historia clínica única en JARA Asistencial, una de las estrategias podría ser aprovechar esta fortaleza e impulsar la correcta identificación y codificación de tumores, no sólo tras episodios de hospitalización sino también en episodios de consulta. Ello nos permitiría generar un cuaderno de mandos en el que, priorizando la concienciación y mejora de la calidad de registro, pudiéramos integrar los indicadores básicos que nos permitieran plantear, sobre una base sólida, las líneas principales de actuación en Cáncer en la Comunidad de Extremadura. Destacar, por último, que la aplicación del "big data" en oncología como una herramienta transversal, por cuanto también contempla incorporar la información genética junto a la imagen médica y tratamiento, habrá de constituir el futuro de los Sistemas de Información en este campo.

Objetivo 6:

Impulsar las actividades de formación a los profesionales, la investigación y los sistemas de información, en el ámbito de la oncología, en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Líneas de Actuación:

6.1.- Mejora de la coordinación y el trabajo conjunto, entre el SSPE y los departamentos y centros de la Universidad de Extremadura (UEX), especialmente en materia de formación de pregrado en oncología y prevención del cáncer, para conseguir un programa de actividades homogéneo destinado a la formación de las distintas titulaciones.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).**
- Dirección Gerencia del SES.
- Universidad de Extremadura.

Indicadores de evaluación:

- Creación y puesta en funcionamiento de una estructura organizativa regional destinada a la coordinación y homogenización de la formación pregrado teórico-práctica, que contemple la formación en oncología y prevención del cáncer.
- Existencia de un programa de actividades de mínimos homogéneo para la formación práctica, en oncología y prevención del cáncer, en cada una de las titulaciones.

6.2.- Potenciar y diseminar los estudios de postgrado y colaborar con la entidad competente (UEX) en el diseño de los programas formativos postgrado en relación con la oncología y la prevención del cáncer.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).**
- Dirección Gerencia del SES.
- Universidad de Extremadura.

Indicadores de evaluación:

- Número de reuniones de coordinación/año, mantenidas con la UEx, sobre los estudios de postgrado, en los que se incluya la formación en oncología y prevención del cáncer.
- Número de actividades de colaboración/año, desarrolladas con la UEx por parte de la CSPS y el SES, relacionadas con estudios de postgrado en oncología y prevención del cáncer.

6.3.- Inclusión en las necesidades de formación continuada de los profesionales del SSPE, en el Plan Anual de Formación de la ECSAS y en las Unidades de Formación de las áreas de salud, de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios y sociosanitarios relacionadas con:

- **Promoción de estilos de vida saludable.**
- **Diagnóstico precoz del cáncer.**
- **Asistencia al cáncer infantil y juvenil.**
- **Asistencia al cáncer en adultos.**
- **Formación en cáncer ocupacional.**
- **Cuidados paliativos y actualizaciones terapéuticas en el tratamiento paliativo y del dolor de las personas que padecen cáncer.**
- **SopORTE psicológico al paciente oncológico y sus familias.**
- **Trabajo social relacionado con el paciente oncológico y sus familias.**
- **Rehabilitación en pacientes con cáncer.**

Unidades responsables:

- **Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria (CSPS).**
- **Unidades de Formación de las áreas de salud (SES).**
- Responsables de Formación de las áreas de salud.

Indicadores de evaluación:

- Número de actividades de formación continuada llevadas a cabo/año, en los ámbitos relacionados.
- Número de actividades de formación continuada acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura (CFCEX)/año, en los ámbitos relacionados.
- Número de actividades formativas de las Unidades de Formación de las áreas de salud llevadas a cabo/año, en los ámbitos relacionados.

6.4.- Puesta en marcha de actividades formativas, dirigidas a los profesionales del SSPE, para el adecuado funcionamiento, desarrollo y registro de actividad de Jara Asistencial, así como de otras actividades y/o herramientas complementarias, dirigidas a dicho fin.Unidades responsables:

- **Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria (CSPS).**
- **Unidades de Formación de las áreas de salud (SES).**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (SES).
- Subdirección de Sistemas de Información (SES).

Indicadores de evaluación:

- Número de actividades de formación continuada llevadas a cabo para el adecuado funcionamiento, desarrollo y registro de actividad de Jara Asistencial, así como de otras actividades y/o herramientas complementarias/año.
- Número de actividades formativas de las Unidades de Formación de las áreas de salud relacionadas con el adecuado funcionamiento, desarrollo y registro de actividad de Jara Asistencial, así como de otras actividades y/o herramientas complementarias/año.

6.5.- Consolidar las funciones de planificación y coordinación de la formación continuada de profesionales sanitarios y sociosanitarios, en el ámbito de la Comunidad Autónoma, de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura (CFCEEx).

Unidades responsables:

- **Secretaría Técnica de la CFCEEx.**
- Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).

Indicadores de evaluación:

- Número de reuniones del Pleno de la CFCEEx/año.
- Número de reuniones de la Comisión Permanente de la CFCEEx/año.

6.6.- Impulso de la elaboración de estudios epidemiológicos y ensayos clínicos relacionados con el cáncer en la Comunidad Autónoma de Extremadura contemplando, en su caso, la perspectiva de género.

Unidad responsable:

- **FUNDESALUD.**

Indicadores de evaluación:

- Evolución del número de estudios epidemiológicos y ensayos clínicos relacionados con la oncología y el proceso oncológico/año.
- Áreas de salud en las que se desarrollan estos estudios epidemiológicos y ensayos clínicos, relacionados con la oncología y el proceso oncológico.

6.7.- Mejora de la coordinación de los grupos de investigación oncológica entre la UEx y el SES, poniendo especial énfasis en programas de investigación clínica y traslacional transversales.

Unidad responsable:

- **FUNDESALUD.**

Indicadores de evaluación:

- Número de reuniones de coordinación/año, entre la CSPS y el SES con la UEx lideradas por FUNDESALUD, sobre programas de investigación clínica y traslacional.
- Número de programas de investigación clínica y trasnacional coordinados UEx-SES/año.

6.8.- Puesta en funcionamiento del Banco de Tumores de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Unidad responsable:

- **Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias (CSPS).**

Indicadores de evaluación:

- Disponibilidad de la autorización de creación/instalación del Banco de Tumores de Extremadura.
- Disponibilidad de la autorización de funcionamiento del Banco de Tumores de Extremadura.

6.9.- Puesta en funcionamiento y desarrollo del Sistema de Información de Cáncer de Base Poblacional de Extremadura (SICaP), para la recogida, procesamiento y análisis estadístico de los datos, así como la difusión de los mismos.

Unidades responsables:

- **Dirección General de Salud Pública (SES).**

- **Subdirección de Sistemas de Información (SES).**

Indicadores de evaluación:

- Evolución de la cobertura de la recogida de casos del SICaP.
- Disponibilidad y grado de difusión de un informe anual del SICaP que contemple datos desagregados por áreas de salud.

6.10.- Puesta en funcionamiento y desarrollo de Registros Hospitalarios de Tumores en todas las áreas de salud del SSPE, en los que se recojan, como mínimo, datos de identificación del paciente, del tumor y del tratamiento, seguimiento y evolución, de acuerdo a los estándares internacionales aceptados, que servirán como fuente de información del SICaP.

Unidades responsables:

- **Gerencias de Área de Salud (SES).**
- **Subdirección de Sistemas de Información (SES).**

Indicadores de evaluación:

- Áreas de salud del SSPE en los que esté en funcionamiento el Registro Hospitalario de Tumores.
- Evolución de la cobertura de la recogida de casos de los Registros Hospitalarios de Tumores.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento, al igual que la evaluación, nos van a permitir validar la oportunidad de un plan o programa, sus actuaciones y su implementación en momentos predeterminados con anterioridad, así como de hacer ajustes según las necesidades. Constituyen una herramienta de gestión fundamental ya que nos van a proporcionar una información y valoración exactas de lo que funcionó y lo que no funcionó, y por qué ha sido así permitiendo, de esta manera, tomar las decisiones más oportunas en cada momento.

El seguimiento y la evaluación van a proporcionar datos que pueden ser usados para mejorar los objetivos y las actuaciones, identificando también resultados imprevistos y consecuencias de las iniciativas desarrolladas. La información que generan contribuye al aprendizaje de la organización, así como a alimentar un mayor y mejor conocimiento sobre el problema que estemos tratando.

En este Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura (PICA 2017-2021), el seguimiento y la evaluación constituyen una de las etapas fundamentales del mismo. Su finalidad principal es la obtención de información, fiable y precisa, sobre las actuaciones previstas y los resultados alcanzados a lo largo del periodo de vigencia del citado Plan.

Corresponde al Servicio de Planificación, Ordenación y Coordinación, adscrito a la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias, el seguimiento del PICA 2017-2021 de forma coordinada con las unidades administrativas y entidades responsables de la puesta en marcha y el desarrollo de las actuaciones previstas, en base a los indicadores de evaluación establecidos y aquellos otros que pudieran determinarse, a fin de dar respuesta a las necesidades planteadas en cada momento.

Anualmente, por parte de la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias se proporcionarán los datos y la información recogida correspondiente a los indicadores, al Consejo Asesor del Cáncer del SSPE, de forma que pueda realizarse la evaluación correspondiente de los objetivos y líneas de actuación programados en esa anualidad. Tras la finalización del periodo de vigencia, por parte del Consejo Asesor se efectuará la evaluación final del PICA 2017-2021, con objeto de determinar los resultados obtenidos en relación con las actuaciones propuestas para alcanzar los objetivos y líneas de actuación que en él se determinan. Los resultados alcanzados van a constituir un elemento esencial, junto con el análisis de situación, para la determinación de las necesidades y la definición de nuevos objetivos y actuaciones en el ámbito del Cáncer en nuestra Comunidad Autónoma.

Al objeto de facilitar el seguimiento y la evaluación del PICA 2017-2021, se incorpora al final del documento, un Anexo (Tabla de seguimiento del PICA 2017-2021) que recoge los objetivos, líneas de actuación establecidas e indicadores de evaluación, que servirá de base a los informes de evaluación y facilitará a los unidades administrativas y entidades responsables de la puesta en marcha y el desarrollo de las actuaciones previstas, el seguimiento de las mismas, así como de información a los profesionales, usuarios y familiares y a la sociedad en general.

FINANCIACIÓN DEL PLAN INTEGRAL

Tal como se define en la Ley de Salud de Extremadura, nuestra Comunidad Autónoma cuenta con un Sistema Sanitario de financiación pública en el que prevalece la equidad y la eficiencia, y cuya misión está dirigida a conseguir la mejora del estado de salud individual y colectiva. Esta misión se lleva a cabo a través de la prestación de una atención sanitaria integral a la ciudadanía, ofertando servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, equidad y satisfacción de la población, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos, e impulsando la participación y motivación de sus profesionales.

Para ello, la Administración Sanitaria ha de diseñar aquellas políticas y estrategias más oportunas en relación a garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía, manteniendo todas las características del Sistema y actuando sobre aquellos problemas o necesidades que se hayan, previamente, detectado. El grado de equidad en la prestación de los servicios programados va a depender de cómo se financien éstos y de si se prestan de acuerdo con el criterio de necesidad definido previamente, mientras que el grado de eficiencia va a depender de cómo se gestionen estos servicios y de cómo se persiga la eficacia a través de mejoras en la coordinación y gestión.

El PICA 2017-2021 va a constituir una herramienta fundamental en el diseño y desarrollo de las actuaciones sobre los procesos cancerosos en nuestra Comunidad a la vez que sirve para dar respuesta a uno de los principales objetivos propuestos dentro del Plan de Salud de Extremadura. Se orienta hacia la mejora de la asistencia a la ciudadanía en el ámbito del cáncer, en base a la calidad y al seguimiento y evaluación de los objetivos y líneas de actuación definidos, en el marco de un modelo de financiación pública que garantiza la estabilidad para conseguir una atención integral de las personas con cáncer, de acuerdo con la capacidad económica y presupuestaria de la Comunidad Autónoma, la corresponsabilidad en el control de los diferentes agentes de gasto, y la dotación específica de las estrategias y prestaciones en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Este Plan, como otros planes de salud de la Comunidad Autónoma, ha de contribuir a hacer sostenible el sistema, incidiendo en aquellas cuestiones que puedan constituir bolsas de ineficiencia dentro del mismo o potenciando aquellas otras que hayan demostrado su efectividad y eficiencia. Para ello, debe enfocarse, principalmente, hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como las mejores armas para reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida global de la población, siendo la Educación para la Salud uno de los pilares sobre los que han de pivotar las intervenciones sanitarias.

En este sentido, la financiación de las actuaciones previstas en el PICA 2017-2021 provendrá fundamentalmente de aquellos organismos de la Administración Sanitaria implicados en la ejecución o seguimiento de las mismas, a través de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura. De los compromisos asumidos en el PICA 2017-2021 por parte de los responsables, se derivan importantes consecuencias desde el punto de vista estratégico en el ámbito del cáncer para el Sistema Sanitario Público de Extremadura y para la sociedad extremeña en general.

ANEXOS

1. DECRETO 71/2007, DE 10 DE ABRIL, POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO ASESOR SOBRE EL CÁNCER DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA

El cáncer constituye hoy día un importante problema de salud pública, representando la segunda causa de muerte en Extremadura, después de las enfermedades cardiovasculares y una de las causas fundamentales de disminución de la calidad de vida.

En el desarrollo de las estrategias en cáncer dirigidas a la prevención, diagnóstico precoz, asistencia, rehabilitación y inserción o cuidados paliativos en su caso, se hace prioritario, en consonancia con los objetivos y actividades priorizados por el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, contar con un órgano asesor que, en apoyo del ya existente Consejo Científico Asesor del Sistema Sanitario Público de Extremadura, ponga a disposición de las autoridades sanitarias información de utilidad para la toma de decisiones en torno a este problema de salud.

La creación de este nuevo órgano se enmarca en la estrategia de participación del Sistema Sanitario Público de Extremadura, en cuanto a órganos de carácter consultivo se refiere.

El artículo 15 de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, dispone que la Junta de Extremadura podrá establecer órganos de participación a otros niveles de la organización funcional del Sistema Sanitario Público de Extremadura, con la finalidad de asesorar a los correspondientes órganos directivos e implicar a las organizaciones sociales y ciudadanas con el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud.

Asimismo, el Objetivo 29 del Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2007-2011, establece la creación del Consejo Asesor sobre Cáncer en la Comunidad Autónoma de Extremadura como órgano colegiado y de carácter consultivo.

En virtud de lo expuesto, y de conformidad con el artículo 90.2 de la Ley 1/2002, de 28 de febrero, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, a propuesta del Consejero de Sanidad y Consumo y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 10 de abril de 2007,

DISPONGO:

Artículo 1. Objeto y adscripción.

El presente Decreto tiene por objeto crear y regular el Consejo Asesor sobre el Cáncer del Sistema Sanitario Público de Extremadura como órgano colegiado y de carácter consultivo adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad, a través de la Dirección General que ostente las competencias de planificación sanitaria.

Artículo 2. Composición y nombramiento.

1. El Consejo Asesor sobre el Cáncer estará compuesto por los siguientes miembros:

Presidente: El titular de la Dirección General competente en materia de planificación sanitaria, o persona en quien delegue.

Vicepresidente: Uno de los miembros del Consejo Científico Asesor, a propuesta del mismo.

Vocales:

- Un Médico especialista en cada una de las siguientes disciplinas: Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Neumología, Hematología, Anatomía Patológica, Ginecología y Obstetricia, Aparato Digestivo y Dermatología, del Servicio Extremeño de Salud, a propuesta de la Dirección General competente en materia de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud.
- Un Médico perteneciente a la Unidad Multidisciplinar de Oncohematología Infantil y un Médico especialista en Hematología que desarrolle su actividad profesional en la oncología infantil, a propuesta de la Dirección General competente en materia de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud.
- Un Médico y un Enfermero de Atención Primaria, a propuesta de la Dirección General competente en materia de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud.
- Un técnico de la Consejería de Educación, a propuesta de la Dirección General que ostente las competencias en materia de Política Educativa.

- El titular de la Subdirección competente en materia de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud.
- El responsable del Programa de Cuidados Paliativos, del Servicio Extremeño de Salud.
- El titular de la Subdirección competente en materia de Salud Pública, del Servicio Extremeño de Salud.
- El titular de la Subdirección competente en materia de Atención Primaria, del Servicio Extremeño de Salud.
- El titular de la Subdirección competente en materia de Atención Especializada, del Servicio Extremeño de Salud.
- El titular de la Subdirección competente en materia de Gestión Farmacéutica, del Servicio Extremeño de Salud.
- El Jefe del Servicio, de la Consejería competente en materia de Sanidad, que tenga atribuidas funciones en materia de coordinación sanitaria.
- El Jefe del Servicio, de la Consejería competente en materia de Sanidad, que tenga atribuidas funciones en materia de Planificación y Ordenación Sanitarias.
- El Jefe del Servicio, de la Consejería competente en materia de Sanidad, que tenga atribuidas funciones en materia de Epidemiología.
- Dos Técnicos propuestos por la Dirección General que ostente las competencias en materia de planificación sanitaria de la Consejería competente en materia de Sanidad.
- Un Técnico de cada Asociación o Federación, de ámbito regional, relacionadas con la atención al cáncer, propuestos por éstas.

Secretario: un funcionario adscrito a la Dirección General competente en materia de planificación sanitaria, designado por su titular, que actuará con voz pero sin voto.

2. Los miembros del Consejo Asesor serán nombrados por el titular de la Consejería competente en materia de sanidad.
3. Los miembros del Consejo podrán ser asistidos puntualmente por personalidades científicas y expertos de probada cualificación en materia sanitaria, vinculados o no a la Comunidad Autónoma de Extremadura, al objeto de informar sobre aquellos asuntos que se estimen de interés. Estas personas podrán concurrir a las reuniones, con voz pero sin voto, previa invitación del Presidente del Consejo.

Artículo 3. Funciones.

El Consejo Asesor sobre el Cáncer del Sistema Sanitario Público de Extremadura tendrá funciones de asesoramiento e información relativas a:

- a) Promoción de la salud y prevención primaria relacionadas con el cáncer.
- b) Programas de detección precoz del cáncer.
- c) Análisis y mejora de los recursos sanitarios y sociosanitarios existentes en la Comunidad Autónoma para la atención integral del paciente con cáncer, sus familiares y/o cuidadores.
- d) Modificaciones de tipo clínico, epidemiológico, diagnóstico, terapéutico u otros, en aspectos relacionados con el cáncer, que se consideren de interés.
- e) Oncología infantil.
- f) Cuidados paliativos de pacientes con cáncer.
- g) Reinserción social y laboral de personas con cáncer. Medidas de apoyo social, laboral y económicas dirigidas al familiar y/o cuidador del paciente con cáncer.
- h) Formación en cáncer de los profesionales sanitarios, en todos los niveles formativos.
- i) Investigación oncológica en la Comunidad Autónoma.
- j) Actividades y programas desarrollados en Extremadura, por las asociaciones relacionadas con la atención al paciente con cáncer y sus familiares y/o cuidadores.
- k) Epidemiología y sistemas de información y registro relacionados con el cáncer.
- l) Cualquiera otra que le sea encomendada por la autoridad sanitaria para la prevención y control del cáncer.

Artículo 4. Régimen de funcionamiento.

1. A efectos organizativos, el Consejo Asesor sobre el Cáncer actuará como una Comisión Sectorial vinculada al Consejo Científico Asesor del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
2. El Consejo funcionará en Pleno y, cuando se requiera estudiar específicamente un tema y así se decida por éste, en Comisiones Técnicas.
3. El Pleno del Consejo se reunirá en sesión ordinaria, al menos una vez al semestre y, de forma extraordinaria, previa convocatoria de su Presidente, a propuesta de este o a petición motivada de al menos un tercio de los miembros del mismo.

4. En todo lo no dispuesto por el presente Decreto, será de aplicación el régimen de funcionamiento establecido para los órganos colegiados, en el Capítulo II del Título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Disposición adicional primera. Indemnizaciones.

La pertenencia al Consejo Asesor sobre el Cáncer no generará derecho a retribuciones de clase alguna, salvo las indemnizaciones por razón de asistencia o desplazamiento, que se establecerán, en su caso, de conformidad con lo dispuesto en la normativa autonómica vigente.

Disposición adicional segunda. Medios materiales.

La Consejería que ostente las competencias en materia de Sanidad habilitará los medios materiales necesarios para su correcto funcionamiento.

Disposición final primera. Habilitación.

Se faculta al Consejero competente en materia de Sanidad para dictar, en el ámbito de sus competencias, cuantos actos y disposiciones requiera el desarrollo y aplicación del presente Decreto.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.

El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de Extremadura.

Disposición derogatoria única.

Queda derogada la Orden de 26 de marzo de 1999, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se crea la Oficina de Coordinación del Cáncer.

Mérida a 10 de abril de 2007.

El Presidente de la Junta de Extremadura,
JUAN CARLOS RODRÍGUEZ IBARRA

El Consejero de Sanidad y Consumo,
GUILLERMO FERNÁNDEZ VARA

2. ABREVIATURAS

ACU:	Ambulancia convencional de urgencias
ADMO:	Asociación para la Donación de Médula Ósea en Extremadura
AE:	Atención Especializada
AECC:	Asociación Española Contra el Cáncer
AESAN:	Asociación Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
AFAL:	Asociación Extremeña de Ayuda a las Familias Afectadas por Leucemias, Linfomas, Aplasias y Mielomas
ALADINO:	Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad
ALEX:	Asociación de Laringectomizados de Extremadura
ALREX:	Alcohólicos Rehabilitados Extremeños
ANEX:	Alcohólicos Nominativos Extremeños
AOEx:	Asociación Oncológica Extremeña
AOTB:	Asociación Oncológica Tierra de Barros
AP:	Atención Primaria
APAL:	Asociación Pacense de Alcohólicos Liberados
APVP:	Años potenciales de vida perdidos
ATABAL:	Asociación para el Tratamiento de las Adicciones y Conductas Adictivas
CAREX:	Sistema de Información Europeo sobre Exposición a Carcinógenos Ocupacionales
CC:	Circunferencia de la cintura
cc.:	Centímetros cúbicos
Centro 112:	Centro de Atención de Urgencias y Emergencias - 112
CEDEX:	Centros Ambulatorios de Atención a Conductas Adictivas
CEPROSS:	Observatorio de Enfermedades Profesionales
CFCEX:	Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura
CHUB:	Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz
CICAB:	Centro de Investigación Clínica del Área de Badajoz
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CMBD:	Conjunto mínimo básico de datos
CMOH:	Síndrome de Cáncer de Mama y Ovario Hereditario
CP:	Cuidados Paliativos
CPR:	Centros de Profesores y Recursos
CREATO:	Cruz Roja Española, Atención al Toxicómano de Olivenza
CSPS:	Consejería de Sanidad y Políticas Sociales
CSS:	Centros Sociosanitarios
DARIOS:	Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional. Estudio DARIOS
d.e.:	Desviación estándar
DGPFCS:	Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias
DOE:	Diario Oficial de Extremadura
DOP:	Denominación de origen protegida
EAP:	Equipos de atención primaria
EAPS:	Equipos de atención psicosocial
ECSAS:	Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria
EDADES:	Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Alcohol y Drogas
ENRICA:	Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España
EP:	Enfermedad profesional
EpS:	Educación para la salud
ESP:	España

ESTUDES:	Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias
EUROCARE:	Estudio basado en el Registro de Cáncer Europeo
EV:	Esperanza de vida
EVN:	Esperanza de vida al nacer
EXT:	Extremadura
FAO:	<i>Food and Agriculture Organization of the United Nations</i> (Organización para la Alimentación y la Agricultura de las Naciones Unidas)
FR:	Factores de riesgo
FUNDESALUD:	Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de las Ciencias de la Salud de Extremadura
GLOBOCAN:	Proyecto " <i>Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012</i> "
HERMEX:	Prevalencia, detección, tratamiento y grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en la población de Extremadura (España). Estudio HERMEX
HTLV-1:	Virus linfotrópico T humano tipo 1
IARC:	International Agency for Research on Cancer
ÍCARO:	Fundación Oncológica Infantil Extremeña
I+D+i:	Investigación, desarrollo e innovación
IMC:	Índice de masa corporal
INE:	Instituto Nacional de Estadística
IOMI:	Instituto Oncológico y de Medicina Individualizada de Extremadura
JUDEX:	Juegos Deportivos Extremeños
LNH:	Linfoma no Hodgkin
MAGRAMA:	Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente
MSSSI:	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
NAOS:	Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONGs:	Organizaciones no gubernamentales
PAC:	Puntos de atención continuada
PAD:	Puntos de atención a las drogodependencias
PAF:	Poliposis Adenomatosa Familiar
PANOTRATSS:	Sistema de Enfermedades Causadas o Agravadas por el Trabajo
PDPCM:	Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama
PERSEO:	Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio, contra la Obesidad
PET:	Tomografía por emisión de positrones
PIA:	Programa Individual de Atención
PIB:	Producto Interior Bruto
PICA:	Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura
PIDCA:	Plan Integral frente a las Drogodependencias y otras Conductas Adictivas de Extremadura
PIDIA:	Plan Integral de Diabetes de Extremadura
PDPCR:	Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal
PDPCM:	Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama
PIEC:	Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura
PLISALAB:	Plan Integral de Salud Laboral de Extremadura
PMSA:	Plan Marco de Seguridad Alimentaria
PPCTTEX:	Plan de Prevención, Control y Tratamiento del Tabaquismo en Extremadura
PSA:	Antígeno prostático específico
REDECAN:	Red Española de Registros de Cáncer
RExEPS:	Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud
RMN:	Resonancia magnética nuclear
RNTI:	Registro Nacional de Tumores Infantiles
SEHOP:	Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas

SENC:	Sociedad Española de Nutrición Comunitaria
SEOM:	Sociedad Española de Oncología Médica
SEPAD:	Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia
SEPAR:	Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica
SES:	Servicio Extremeño de Salud
SICaP:	Sistema de Información de Base Poblacional sobre Cáncer de Extremadura
SL:	Síndrome de Lynch
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SSPE:	Sistema Sanitario Público de Extremadura
TAC:	Tomografía axial computerizada
Tens:	Estimulación nerviosa transcutánea
UE:	Unión Europea
UEx:	Universidad de Extremadura
UME:	Unidades medicalizadas de emergencia
UMTS:	Unidades medicalizadas de transporte secundario
UVA:	Radiaciones ultravioletas de tipo A
UVB:	Radiaciones ultravioletas de tipo B
UVEG:	Universitat de València-Estudi General (grupo de investigación del RNTI)
VEB:	Virus de Epstein-Barr
VHB:	Virus de la hepatitis B
VHC:	Virus de la hepatitis C
VIR:	Vehículos de intervención rápida
VPH:	Papilomavirus

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes. Varios años. Madrid: INE, 2017.
2. Decreto 238/2008, de 7 de noviembre, por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE nº 221, de 14 de noviembre de 2008.
3. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. Madrid: INE, 2017.
4. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de variaciones residenciales. Madrid: INE, 2017.
5. Observatorio del Cáncer. Asociación Española Contra el Cáncer. Oncobarómetro, actitudes ante la información sobre cáncer. Madrid: AECC, 2012. Disponible en web: <https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Paginas/OncoBarometro.aspx>
6. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Cáncer. Nota descriptiva nº 297. OMS, febrero de 2012. Disponible en web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
7. Félix-Redondo FJ et al. Prevalencia, detección, tratamiento y grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en la población de Extremadura (España). Estudio HERMEX. Aten Primaria. 2011. doi: 10.1016/j.aprim.2010.07.008.
8. Grau M et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. Rev Esp Cardiol. 2011. doi: 10.1016/j.recesp.2010.11.005.
9. Banegas JR et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. Med Clin. 2011;136:97-102. Vo. 136 núm 03.
10. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Encuestas de Salud de Extremadura. Años 2001 y 2005. Mérida: Junta de Extremadura, 2006.
11. Instituto Nacional de Estadística. Encuestas Nacionales de Salud. Años 2001, 2003, 2006 y 2011-2012. Madrid: INE, 2017.
12. Instituto Nacional de Estadística. Encuestas Europeas de Salud. Años 2009 y 2014. Madrid: INE, 2017.
13. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Alcohol y Drogas. Años 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 y 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
14. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Años 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012 y 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico del SNS. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España 2000-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
16. García Ramos P et al. Impacto económico del tabaquismo en Extremadura. Originales e-RAS 2010; 1:15.
17. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. 3^{er} Estudio sobre Tabaquismo Pasivo. Madrid: SEPAR, 2012. Disponible nota de prensa en web: <http://www.ciberes.org/images/noticias/f09c365b47919b07a1c7cb9a8bfd1356.pdf>
18. Félix-Redondo FJ, et al. Prevalencia de consumo de alcohol y factores de riesgo cardiovascular en un área sanitaria de Extremadura. Estudio HERMEX. Aten Primaria. 2011. doi: 10.1016/j.aprim.2011.02.012.
19. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
20. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio ALADINO (Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Disponible en web: <http://www.naos.aesan.msps.es/naos/investigacion/aladino/>
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

22. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio, contra la Obesidad (PERSEO). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
23. Baena-Diez JM et al. Tratamiento y control de los factores de riesgo según el riesgo coronario en la población española del estudio Darios. *Rev Esp Cardio* 2011;64:766-773.
24. Marcos G et al. Control de la dislipemia y uso de hipolipemiantes en Extremadura: resultados del estudio de control de factores de riesgo de Extremadura (estudio COFRE). *Clin Invest Arterioscl* 2009;21:56-61
25. Soriguer F, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia* 2012;55:88-93, DOI: 10.1007/S00125-011-2336-9. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/r7t7788710v53001/fulltext.pdf>
26. Consejo de la Unión Europea. Recomendación del Consejo de 2 de diciembre de 2003 sobre el cribado del cáncer (2003/878/CE). Bruselas: Diario Oficial de la Unión Europea de 16/12/2003. Disponible en web: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:ES:PDF>
27. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2007-2011. Mérida: Junta de Extremadura, 2007. Disponible en web: http://www.orcpex.es/documentos/planes/plan_cancer_ext.pdf
28. Gobierno de Extremadura. Consejería de Salud y Política Social. Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2013-2016. Mérida: Gobierno de Extremadura, 2013. Disponible en web: http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=c4d7f024-bb00-49db-95d3-08fca0fb5d8b&groupId=19231
29. Quintero E et al. Colonoscopy versus Feca Immunochemical Testing in Colorectal-Cancer Screening. *N Engl J Med* 2012; 366:697-706. February 23, 2012. Disponible en web: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1108895?query=featured_home
30. Malvezzi M et al. European cancer mortality predictions for the year 2012. *Annals of Oncology* doi: 10.1093/annonc/mds024. Disponible en web: <http://annonc.oxfordjournals.org/content/early/2012/02/24/annonc.mds024.short>
31. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10). Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
32. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2015. Madrid: INE, 2017.
33. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Varios años. Madrid: INE, 2017.
34. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud 2017. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>
35. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. Madrid: INE, 2010.
36. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud. Programa Marco de Cuidados Paliativos. Mérida: Junta de Extremadura, 2002. Disponible en: http://socio-san.saludextremadura.com/cuidados_paliativos/admin/documentos/Programa%20Marco.pdf
37. Cabanes, A et al. La situación del cáncer en España 1975-2006. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Año 2009. Disponible en web: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/epicancerjunio2009.pdf>
38. Sánchez, MJ et al. El cáncer en España 2012. Sociedad Española de Oncología Médica, 2012. Disponible en web: <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/103644-el-cancer-en-espana-2012>
39. Estudio EUROCARE 4 (basado en el European Cancer Registry). Disponible en web: <http://www.eurocare.it/Results/tabid/79/Default.aspx>
40. World Health Organization. World Cancer Report 2008. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2008. Disponible en web: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/index.php>
41. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en web: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>

42. Peris-Bonet, R et al. Cancer Infantil en España. Estadísticas 1980-2009. Registro Nacional de Tumores Infantiles. Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas. Universitat de València-Estudi General. Valencia, 2009. Disponible en web: http://www.rticc.org/docs/publicaciones/informe_rnti_sehop_80_09.pdf
43. Rey Bellot, IM. Memoria 2009. Gerencia del Área de Salud de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Gerencia del Área de Salud de Badajoz. Sevilla, 2011. Disponible en web: http://www.areasaludbadajoz.com/datos/memoria_SES_09.pdf
44. Servicio Extremeño de Salud. Secretaría Técnica de Drogodependencias. Plan Integral sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas de Extremadura. Memorias de distintos años. Mérida: Secretaría Técnica de Drogodependencias, 2017.
45. Servicio Extremeño de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia, 2008.
46. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006.
47. Junta de Extremadura. Consejería de Empleo, Empresa e Innovación. V Plan Regional de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación de Extremadura (V PRI+D+i, 2014-2017). Mérida: Junta de Extremadura, 2014. Disponible en:
48. American Cancer Society. Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention, Reducing the Risk of Cancer With Healthy Food Choices and Physical Activity. Kushi LH et al. *Ca Cancer J Clin* 2012; 62: 30-67. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002577-pdf.pdf>
49. Moyer VA. Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2012; 157: 1-16. Disponible en: www.annals.org
50. Decreto 71/2007, de 10 de abril, por el que se crea el Consejo Asesor sobre el Cáncer del Sistema Sanitario Público de Extremadura (DOE nº 44, de 17.04.2007). Disponible en (consultado 22.05.2012): <http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2007/440o/07040080.pdf>
51. Aberle DR et al. The National Lung Screening Trial Research team. Reduced lung-cancer mortality with Low-dose Computed tomography Screening. *N Engl J Med* 2011; 365:395-409. August 4, 2011. Disponible en web: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1102873#t=article>
52. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>
53. Parkin DM et al. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *Br J Cancer.* 2011 December 6; 105(S2): S77-S81
54. *The New England Journal of Medicine*, 2011. The National Lung Screening Trial Research team. Reduced lung-cancer mortality with Low-dose Computed tomography Screening.
55. Baggio G et al. Gender medicine: a task for the third millennium. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine.* 2013 March; 51(4): 713-727. Disponible en: <http://www.degruyter.com/view/j/cclm.2013.51.issue-4/cclm-2012-0849/cclm-2012-0849.xml>
56. Gobierno de Extremadura. Atlas Socioeconómico de Extremadura 2014. Mérida: Gobierno de Extremadura, 2015. Disponible en: http://www.gobex.es/filescms/ddgg006/uploaded_files/DDGG_POLITICA/Actualidad_Economica/atlas2014_resumen.pdf
57. Consejo Superior de Deportes. Encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2015. Disponible en: <http://www.csd.gob.es/csd/sociedad/encuesta-de-habitos-deportivos/>
58. Parlamento Europeo. Eurobarómetro 2014.

4. GRUPOS DE PERSONAS EXPERTAS DEL PICA 2017-2021

1. Grupo Experto de Análisis de Situación:

Amador Galván, Luis Manuel
Barroso Martínez, Victoria
Gago Frutos, Isidoro
García Lozano, Marta
Molina Alén, Estefanía
Molina Barragán, Eugenio
Salete de Miguel, Gloria María
Tomé Pérez, Yolanda
Vázquez Mateos, Julio (coordinador)

2. Grupo Experto de Promoción de la Salud y Prevención del Cáncer:

Acedo Grande, Soledad
Barroso Martínez, Victoria
Candel Motellón, Ramón
Chaves Sánchez, Alberto
García Díaz, Miguel
González Núñez, M^a. de los Ángeles
González Santiago, Santiago
Gutiérrez de Tena, Guadalupe
López García, Rosa
Molina Alén, Estefanía (coordinadora)
Pérez Carbonell, M^a. del Rosario
Rincón Asensio, Montserrat
Rodríguez Ruiz, Antonio
Ruiz Muñoz, Eulalio
Santos Cansado, José Antonio
Tome Pérez, Yolanda

3. Grupo Experto de Asistencia al Cáncer en Adultos:

Álvarez Díaz, María del Mar
Bas Santa-Cruz, Andrés
Bergua Burgués, Juan Miguel
Borrega García, Pablo
Carmona Torres, M^a. Concepción
Franco Galán, Amalia
Gago Frutos, Isidoro (coordinador)
Gordillo Chaves, Juan
Groiss Buiza, Jorge
Gutiérrez Montaña, M^a. Concepción
Molina Barragán, Eugenio
Moreno Casado, José
Muñoz García, Julia Luisa
Rodríguez Nevado, Isabel
Sánchez Quiroga, M^a. de los Ángeles

4. Grupo Experto de Asistencia al Cáncer Infantil y Juvenil:

Grande Rodríguez, Saturnina
Gutiérrez de Tena, Guadalupe
Hernández García, Patricia
Maya Retamar, María Dolores de la
Moreno Tejero, María Luisa
Ortiz Barrera, Antonio
Salette de Miguel, Gloria María (coordinadora)

5. Grupo Experto de Calidad de Vida del Paciente con Cáncer:

Amador Galván, Manuel (coordinador)
Broncano Sánchez, Virginia
Carrasco Fuentes, María Virtudes
Cid Gala, Manuel
Díaz Díez, Fátima
Franganillo Pinilla, Amparo
García Lozano, Marta
González Manero, Ángel
Martín Morgado, Beatriz
Redondo Moralo, María José
Vidal Rodríguez, Lourdes
Zarallo Barbosa, Tomás

6. Grupo Experto de Instrumentos de Apoyo en la Asistencia al Cáncer:

Ferrer Agualeles, José Luis
Gómez Raja, Jonathan
Groiss Buiza, Jorge
Lozano Mera, Luis
Martín Galán, Verónica
Pérez Cidoncha, Pedro
Ramos Aceitero, Julián Mauro
Rubio González, Manuela
Vázquez Mateos, Julio (coordinador)



TABLA DE SEGUIMIENTO DEL PICA 2017-2021

Área de Intervención 1: PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER

2017	2018	2019	2020	2021
------	------	------	------	------

Objetivo 1: Promocionar y facilitar a la población la adopción y el mantenimiento de estilos de vida saludables para la promoción y protección de su estado de salud y la prevención frente al cáncer.					
Línea de actuación 1.1: Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento anual y evaluación del nuevo Plan Estratégico de Educación para la Salud de Extremadura, de acuerdo con el PSE 2013-2020.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad del nuevo Plan Estratégico de Educación para la Salud de Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad de un informe de resultados de seguimiento y evaluación anual del nuevo Plan Estratégico de Educación para la Salud de Extremadura, y referencias en el mismo al cáncer.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Valoración de los resultados del informe de resultados de seguimiento y evaluación anual del nuevo Plan Estratégico de Educación para la Salud de Extremadura.					



	2017	2018	2019	2020	2021
Línea de actuación 1.2: Puesta en marcha y desarrollo de campañas y acciones informativas/divulgativas y formativas, dirigidas a la población general residente en Extremadura, y especialmente a la población infantil y juvenil, para la promoción del ejercicio físico regular, la alimentación saludable (dieta mediterránea), el no consumo de tabaco, el no abuso del alcohol y el fomento de otros hábitos saludables.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de campañas y/o acciones informativas/divulgativas llevadas a cabo/año, para la promoción del ejercicio físico, la alimentación saludable (dieta mediterránea), el no consumo de tabaco, el no abuso del alcohol y el fomento de otros hábitos saludables, dirigidas a la población general residente en Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de actuaciones llevadas a cabo para la difusión/divulgación del Código Europeo frente al Cáncer de la OMS .					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Existencia y disponibilidad de consejos saludables, dirigidos a la población general, en el Portal Extremadura Salud.					
- <u>Indicador de evaluación 4:</u> Número de artículos descargados de la Biblioteca Virtual del SSPE (saludteca), relacionados con la promoción de hábitos saludables y la EpS.					
- <u>Indicador de evaluación 5:</u> Evolución del porcentaje de personas extremeñas que declaran realizar ejercicio físico en las encuestas llevadas a cabo, si fuera posible de forma anual.					
- <u>Indicador de evaluación 6:</u> Número de actividades formativas, dirigidas a profesionales, llevadas a cabo/año, relacionadas con la promoción del ejercicio físico, la alimentación y otros hábitos saludables, realizadas o impulsadas por la ECSAS, los Centros de Profesores y Recursos, la Escuela de Administración Pública de Extremadura y el Centro Extremeño de Formación Deportiva.					



	2017	2018	2019	2020	2021
Línea de actuación 1.3: Promoción de las actuaciones de coordinación y colaboración con otros departamentos de la Junta de Extremadura, para el impulso y desarrollo de Programas y Redes relacionadas con la promoción de hábitos saludables, entre ellos: el programa "El Ejercicio Te Cuida"; la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de la Actividad Física-Deportiva; la Red de Escuelas de Inteligencia Emocional; o la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Actividades desarrolladas para la colaboración e impulso del "Programa El Ejercicio Te Cuida".					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Evolución del número de municipios con el programa ya implantado.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Evolución del número de participantes.					
- <u>Indicador de evaluación 4:</u> Disponibilidad y evolución de resultados de seguimiento de: Red Extremeña de Escuelas Promotoras de la Actividad Física-Deportiva; Red de Escuelas de Inteligencia Emocional; Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud.					
- <u>Indicador de evaluación 5:</u> Evolución del número de Escuelas integrantes de estas tres redes/año.					
- <u>Indicador de evaluación 6:</u> Porcentaje de alumnos que participan en las actividades de acompañamiento contempladas dentro del Programa de Frutas y Hortalizas en las Escuelas.					
- <u>Indicador de evaluación 7:</u> Disponibilidad de convenio/os, entre la Administración sanitaria y la deportiva, para promocionar el ejercicio físico con la finalidad de incrementar la salud de la población.					
- <u>Indicador de evaluación 8:</u> Número de contenidos en Internet sobre la promoción de hábitos saludables en páginas oficiales de la Administración Autónoma de Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 9:</u> Número de programas de radio y televisión, donde se promocionen hábitos saludables, respaldados por la Administración (sanitaria, educativa y/o deportiva) de Extremadura.					

	2017	2018	2019	2020	2021
Línea de actuación 1.4: Promoción, potenciación de la prescripción y consejos para la promoción y adquisición de hábitos saludables, en las consultas de Medicina y Enfermería; así como impulso y promoción de las búsquedas y registros que realizan los profesionales sanitarios, especialmente de todas las actividades relacionadas con la promoción y protección de la salud y prevención de factores de riesgo frente al cáncer, tanto en Jara y en la historia clínica digital, como en otras aplicaciones sanitarias de interés.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Medidas, instrucciones, recomendaciones, actuaciones y/o actividades llevadas a cabo para la promoción de las búsquedas y registros, que realizan los profesionales de los equipos asistenciales, especialmente de todas las actividades relacionadas con la promoción y protección de la salud, y prevención de la enfermedad.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Evolución del número de registros realizados, relacionados con la promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad, ya sea en Jara, la historia clínica digital, como en otras aplicaciones informáticas sanitarias relacionadas, y de interés.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Evaluación anual de los servicios relacionados con la promoción de hábitos saludables de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES.					
- <u>Indicador de evaluación 4:</u> Evolución del funcionamiento y de una mayor utilización y número de registros realizados por los profesionales que trabajan con ellos, especialmente: evolución del registro de las actividades del servicio 404, en concreto del plan terapéutico: ejercicio físico, plan terapéutico, hábito dietético, etc.					
Línea de actuación 1.5: Impulso para el adecuado desarrollo, funcionamiento y eficiencia de la "Oficina de Seguridad Alimentaria de Extremadura", de acuerdo con el PSE 2013-2020.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de reuniones/año de la Oficina de Seguridad Alimentaria de Extremadura, en las que se hayan tratados temas relacionados con el cáncer.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad de un informe de actividad anual de la Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria y referencias en el mismo a temas relacionados con el cáncer.					
Línea de actuación 1.6: Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del nuevo Plan Marco de Seguridad Alimentaria de Extremadura (PMSA).					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad y grado de implantación del PMSA.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad de informe de resultados de seguimiento y evaluación anual del PMSA.					

	2017	2018	2019	2020	2021
Línea de actuación 1.7: Impulso para el adecuado funcionamiento y desarrollo de la "Comisión de Salud Ambiental de Extremadura", de acuerdo con el PSE 2013-2020.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de reuniones/año de la Comisión de Salud Ambiental de Extremadura, en las que se hayan tratados temas relacionados con el cáncer.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad de un informe de actividad anual de la Comisión de Salud Ambiental de Extremadura y referencias en el mismo al cáncer.					
Línea de actuación 1.8: Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan Marco de Salud Ambiental de Extremadura, de acuerdo con el PSE 2013-2020.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad y grado de implantación del Plan Marco de Salud Ambiental de Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad de un informe de resultados de seguimiento y evaluación anual del Plan Marco de Salud Ambiental de Extremadura.					
Línea de actuación 1.9: Impulso para el adecuado funcionamiento y desarrollo de la "Comisión Interdepartamental de Coordinación en materia de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura", de acuerdo con el PSE 2013-2020.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de reuniones/año de la Comisión Interdepartamental de Coordinación, en materia de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad de un informe anual de actividad de la Comisión Interdepartamental de Coordinación, en materia de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura.					
Línea de actuación 1.10: Dar impulso efectivo y continuidad al Plan Integral de Salud Laboral de Extremadura (PLISALAB 2008-2012), con la elaboración de un nuevo plan integral, y al Plan de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura vigente, para el adecuado desarrollo, seguimiento, evaluación y control de los mismos, de acuerdo con el PSE 2013-2020.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad y grado de implantación del nuevo PLISALAB.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad y grado de implantación del Plan de Actuación en Prevención de Riesgos laborales de Extremadura vigente.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Disponibilidad de informe de resultados de seguimiento y evaluación anual del nuevo PLISALAB.					
- <u>Indicador de evaluación 4:</u> Disponibilidad de informe de resultados de seguimiento y evaluación anual Plan de Actuación en Prevención de Riesgos laborales de Extremadura vigente.					



	2017	2018	2019	2020	2021
Línea de actuación 1.11: Dar impulso y continuidad al Plan Integral de Drogas y otras conductas adictivas en Extremadura (PIDCA 2008-2012), con la elaboración, implantación desarrollo, seguimiento y evaluación anual del nuevo Plan, de acuerdo con el PSE 2013-2020.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad y grado de implantación del nuevo PIDCA en Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad de informe anual de resultados del seguimiento y la evaluación del nuevo PIDCA en Extremadura.					
Línea de actuación 1.12: Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Control y Tratamiento del Tabaquismo en Extremadura (PPCTEX), de acuerdo con el PSE 2013-2020.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad, grado de implantación y desarrollo del Plan de Control y Tratamiento del Tabaquismo en Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad de un informe anual de resultados de seguimiento y evaluación del nuevo PPCTEX en Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Estudio de la evolución del número/porcentaje de fumadores tanto en población adulta como adolescente/juvenil residente en Extremadura, con comparativas de resultados a nivel regional y estatal.					
Línea de actuación 1.13: Promoción efectiva de la utilización de determinadas vacunas, como herramientas básicas para prevenir ciertos tipos de cáncer, según la evidencia científica demostrada.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Coberturas/año, obtenidas en vacunaciones superiores al 95% frente a hepatitis B.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Coberturas/año, obtenidas en vacunaciones superiores al 80% frente a VPH.					

	2017	2018	2019	2020	2021
Objetivo 2: Fomentar la detección precoz de los principales tipos de cáncer en Extremadura, mediante estrategias y metodologías de trabajo, que hayan demostrado su efectividad según las evidencias científicas disponibles, y siguiendo las recomendaciones en política de cribado poblacional.					
Línea de actuación 2.1: Potenciación de la realización de valoraciones y/o estudios, por parte del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, acerca de posibles nuevas actuaciones de cribado poblacional, así como la revisión de las ya implantadas y en desarrollo en Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de ocasiones, en el seno del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, en las que se han tratado asuntos relacionados con valoraciones y/o estudios sobre posibles nuevas actuaciones de cribado poblacional frente al cáncer, y/o la revisión de las actuaciones que se estén llevando a cabo en Extremadura, según el acta de dichas reuniones.					
Línea de actuación 2.2: Dar continuidad e impulso al Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM), de acuerdo con las evidencias científicas disponibles y adaptando la población diana a las mismas.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad de descriptores del PDPCM e informe de resultados.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Tasa de participación en el PDPCM.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Tasa de recitación en el PDPCM.					
- <u>Indicador de evaluación 4:</u> Tasa de pruebas adicionales en el PDPCM.					
- <u>Indicador de evaluación 5:</u> Tasa de detección de cáncer en el PDPCM.					
- <u>Indicador de evaluación 6:</u> Número de reuniones del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, en las que se ha abordado el PDPCM como un tema del orden del día.					
Línea de actuación 2.3: Elaboración y puesta en marcha de un Protocolo de Actuación en atención sanitaria para mujeres con mayor riesgo que el poblacional de Cáncer de Mama.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad del Protocolo de Actuación en atención sanitaria para mujeres con mayor riesgo que el poblacional de Cáncer de Mama.					

	2017	2018	2019	2020	2021
Línea de actuación 2.4: Elaboración e implantación del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix, en mujeres de 25 a 65 años de edad, de acuerdo con las últimas evidencias científicas disponibles.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad o no del Programa de Cribado poblacional de Cáncer de Cérvix, en mujeres de 25 a 65 años de edad, de acuerdo con las últimas evidencias científicas disponibles.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Homogeneidad y grado de implantación del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix, en todas las áreas de salud de Extremadura.					
Línea de actuación 2.5: Impulso del Programa del Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal (PDPCCR), y actualización del mismo, según las evidencias científicas disponibles, incluyendo a lo largo del periodo de vigencia del presente PICA a toda la población de 50 a 69 años residente en Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad de un informe de resultados y descriptores del PDPCCR.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad de un informe de resultados y descriptores del PDPCCR.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Tasa de recitación en el PDPCCR.					
- <u>Indicador de evaluación 4:</u> Tasa de pruebas adicionales en el PDPCCR.					
- <u>Indicador de evaluación 5:</u> Tasa de detección de cáncer en el PDPCCR.					
- <u>Indicador de evaluación 6:</u> Número de reuniones del Consejo Asesor del Cáncer del SSPE, en las que se haya abordado el PDPCCR como tema del orden del día.					
Línea de actuación 2.6: Elaboración y difusión, entre la población general residente en Extremadura, de una Guía Básica de signos y síntomas de alarma para la sospecha de detección precoz de los tumores más frecuentes en nuestro entorno.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad de una Guía Básica de signos y síntomas de alarma para la sospecha de los tumores más frecuentes en nuestro entorno, en todas las áreas de salud.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de actuaciones llevadas a cabo para la difusión/divulgación de dicha Guía, entre la población general residente en Extremadura.					

	2017	2018	2019	2020	2021
Línea de actuación 2.7: Actualización y difusión, para profesionales sanitarios del SSPE, de una Guía de sospecha y detección precoz de los tumores más frecuentes en nuestro entorno (en la que se incluirá: la vigilancia post-ocupacional de trabajadoras y trabajadores jubilados que estuvieron expuestos a cancerígenos, así como los recursos disponibles en este ámbito, incluidas las asociaciones de pacientes y familiares implicadas y relacionadas con el cáncer).					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad o no de la actualización de la Guía de sospecha y detección precoz de los tumores más frecuentes en nuestro entorno, dirigida a los profesionales sanitarios del SSPE.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de actuaciones llevadas a cabo, para la difusión/divulgación de dicha Guía actualizada, entre los profesionales sanitarios del SSPE.					
Línea de actuación 2.8: Elaboración de un Programa Regional de detección precoz de los principales tipos de cáncer hereditario; fomento del Programa de Consejo Genético en Cáncer Hereditario en Extremadura, mediante: campañas de sensibilización y educación sanitaria y la elaboración y publicación de una guía destinada a los profesionales sanitarios, que incluya los criterios de derivación necesarios para la valoración de pacientes en una Unidad de Cáncer Hereditario.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad de un programa regional de detección precoz de los principales tipos de cáncer hereditario a través de la metodología que haya demostrado su efectividad, que contemple estrategias y medidas específicas, dirigidas a familias con Síndrome de Cáncer de Mama y Ovario Hereditario (CMOH) y Síndrome de Lynch (SL), así como para familias con criterios clínicos de Riesgo Intermedio y Alto Riesgo en las que no haya sido posible identificar mutaciones patogénicas.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de campañas de sensibilización y educación sanitaria, o actuaciones relacionadas llevadas a cabo, sobre el consejo genético en cáncer hereditario en Extremadura, los síndromes de cáncer hereditario y la importancia de su diagnóstico para establecer estrategias de prevención y diagnóstico precoz en estas familias.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Disponibilidad de una guía dirigida a los profesionales sanitarios, que incluya los criterios de derivación necesarios para la valoración de pacientes en una Unidad de Cáncer Hereditario.					

Área de Intervención 2: ASISTENCIA AL CÁNCER EN ADULTOS

	2017	2018	2019	2020	2021
Objetivo 3: Garantizar la asistencia a las personas con cáncer desde la sospecha diagnóstica hasta la confirmación y su posterior tratamiento, con celeridad y con criterios de eficiencia y calidad.					
Línea de actuación 3.1: Elaboración por parte del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE de un modelo básico de protocolo de derivación de pacientes con sospecha de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Elaboración, por el Consejo Asesor sobre el cáncer del SSPE, del modelo básico de protocolo de derivación de pacientes con sospecha de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad del modelo básico de protocolo de derivación de pacientes con sospecha de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada.					
Línea de actuación 3.2: Adaptación e implantación, por parte de las distintas Gerencias de las Áreas de Salud, del modelo básico de protocolo de derivación de pacientes con sospecha de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada, en base a las características propias de cada una de ellas.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de áreas de salud que han realizado la adaptación del modelo, e implantado el nuevo protocolo de derivación de pacientes con sospecha fundada de cáncer.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de áreas de salud que en base al nuevo protocolo, ya implantado, realizan la derivación de pacientes con sospecha fundada de cáncer.					
Línea de actuación 3.3: Mejora de la atención multidisciplinar, para dar respuesta a la complejidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes diagnosticados de cáncer, a través de Comités de Tumores en todas las áreas de salud de Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Áreas de salud que disponen de un Comité General de Tumores.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de Comités de Tumores Específicos por áreas de salud.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Número de reuniones/año por Comité de Tumores.					
- <u>Indicador de evaluación 4:</u> Número de pacientes/año tratados por cada Comité de Tumores.					

	2017	2018	2019	2020	2021
Línea de actuación 3.4: Asignación de un interlocutor, de entre los especialistas que atienden a la persona enferma durante el ingreso hospitalario, que actuará como referente para ella y su familia a lo largo del proceso de atención hospitalaria y que coordinará, en colaboración con el personal de Enfermería, la aplicación del plan terapéutico y la comunicación con el equipo de atención primaria y con el equipo de soporte de cuidados paliativos.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de áreas de salud que declaran asignar un interlocutor a todos los pacientes con cáncer durante el ingreso hospitalario.					
Línea de actuación 3.5: Estudio e informe/s, por parte del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE de las necesidades existentes en aquellas áreas diagnósticas y terapéuticas del cáncer en la Comunidad Autónoma que el Consejo Asesor considere necesarias para su adaptación a los estándares nacionales-europeos, teniendo en cuenta la perspectiva de género.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de informes elaborados, por parte del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, sobre las necesidades existentes en aquellas áreas diagnósticas y terapéuticas del cáncer en la Comunidad Autónoma que el Consejo Asesor priorice para su adaptación a los estándares nacionales-europeos.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de áreas diagnósticas y terapéuticas del cáncer en la Comunidad Autónoma que el Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE considera que es necesario mejorar para su adaptación a los estándares nacionales-europeos.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Número de mejoras adoptadas por el Servicio Extremeño de Salud y/o las áreas de salud tomando como referencia el/los informe/s elaborados por el Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE.					
- <u>Indicador de evaluación 4:</u> Número de áreas de salud que adoptan mejoras en base a los informes del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE.					
Línea de actuación 3.6: Elaboración y difusión de un catálogo actualizado con los recursos disponibles en el ámbito de la atención a pacientes con cáncer en Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Elaboración del catálogo actualizado con los recursos disponibles en el ámbito de la atención a pacientes con cáncer en Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Actividades llevadas a cabo para la difusión y el conocimiento del catálogo.					

Área de Intervención 3: ASISTENCIA AL CÁNCER INFANTIL Y JUVENIL

	2017	2018	2019	2020	2021
Objetivo 4: Garantizar el desarrollo de las bases de atención multidisciplinar a menores (0-18 años) con cáncer, acorde a las recomendaciones internacionales en Oncología Pediátrica.					
Línea de actuación 4.1: Mantenimiento de las estructuras de la Unidad Multidisciplinar de Oncohematología Pediátrica del Complejo Hospitalario de Badajoz, incluyendo si fuera necesario, su actualización/adaptación, en función de las necesidades de la población atendida y de las competencias de dicha unidad.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Medidas llevadas a cabo para el adecuado mantenimiento de la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Complejo Hospitalario de Badajoz.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> En el caso de que fueran necesarias, medidas llevadas a cabo para la actualización/adaptación, a las necesidades de la población atendida por la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Complejo de Badajoz.					
Línea de actuación 4.2: Elaboración, por parte del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, de un modelo básico de protocolo de derivación de menores con sospecha fundada de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Elaboración, por el Consejo Asesor sobre el cáncer del SSPE, del modelo básico de protocolo de derivación de menores con sospecha fundada de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad del modelo básico de protocolo de derivación de menores con sospecha fundada de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada.					
Línea de actuación 4.3: Adaptación e implantación, por parte de las distintas Gerencias de las Áreas de Salud, del modelo básico de protocolo de derivación de menores con sospecha fundada de cáncer desde Atención Primaria a Atención Especializada, en base a las características propias de cada una de ellas.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de áreas de salud que han realizado la adaptación del modelo, e implantado el nuevo protocolo de derivación de pacientes con sospecha fundada de cáncer.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de áreas de salud que en base al nuevo protocolo, ya implantado, realizan la derivación de pacientes con sospecha fundada de cáncer.					



	2017	2018	2019	2020	2021
Línea de actuación 4.4: Elaboración, por parte del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE, del pasaporte de superviviente de un cáncer infantil o de la adolescencia en la Comunidad Autónoma y de un modelo básico de protocolo para el adecuado seguimiento del mismo en la edad adulta.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Elaboración del pasaporte de superviviente de un cáncer infantil o de la adolescencia en la Comunidad Autónoma y de un modelo básico de protocolo para el adecuado seguimiento del mismo en la edad adulta.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad del pasaporte de superviviente de un cáncer infantil o de la adolescencia en la Comunidad Autónoma y de un modelo básico de protocolo para el adecuado seguimiento del mismo en la edad adulta.					
Línea de actuación 4.5: Adaptación e implantación, en las diferentes áreas de salud, del pasaporte de superviviente de un cáncer infantil o de la adolescencia en la Comunidad Autónoma y de un modelo básico de protocolo para un adecuado seguimiento del mismo en la edad adulta.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de áreas de salud que han realizado la adaptación e implantación del pasaporte de superviviente de un cáncer infantil o de la adolescencia, así como del nuevo protocolo de seguimiento de pacientes que, tras sufrir un cáncer infantil, requieran un adecuado seguimiento del mismo en la edad adulta.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Áreas de salud que en base al nuevo protocolo ya implantado, puedan realizar o realicen el seguimiento de pacientes en la edad adulta.					

Área de Intervención 4: CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER Y SUS FAMILIAS

	2017	2018	2019	2020	2021
Objetivo 5: Aumentar la calidad de vida de las personas que padecen cáncer y de sus familias.					
Línea de actuación 5.1: Realización de un estudio/encuesta sobre calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer, en la Comunidad Autónoma de Extremadura, teniendo en cuenta la perspectiva de género.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Existencia y disponibilidad de un estudio sobre calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer en la Comunidad Autónoma de Extremadura.					
Línea de actuación 5.2: Puesta en marcha y desarrollo de los objetivos, dirigidos al paciente oncológico en fase avanzada de enfermedad, que se establezcan en el Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número y grado de cumplimiento de aquellos objetivos dirigidos al paciente oncológico en fase avanzada de enfermedad, incluidos en el Plan Estratégico de Cuidados Paliativos.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Creación de una Unidad específica de Cuidados Paliativos Pediátricos.					
Línea de actuación 5.3: Puesta en marcha y desarrollo de los objetivos dirigidos al paciente oncológico, que se establezcan en el Plan Regional del Dolor.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número y grado de cumplimiento de aquellos objetivos dirigidos al paciente oncológico, incluidos en el Plan Regional del Dolor.					
Línea de actuación 5.4: Facilitar la coordinación entre la unidad clínica asistencial responsable del paciente, el Equipo de Cuidados Paliativos, la Unidad del Dolor, y los profesionales de Atención Primaria de las áreas de salud, para consensuar tratamientos paliativos y del dolor en situaciones complejas, mediante consultorías/asesorías telefónicas, informáticas, reuniones presenciales y/o registros en la historia clínica digital.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de acciones de coordinación realizadas para consensuar tratamientos paliativos en pacientes en situación compleja, entre niveles asistenciales.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de acciones de coordinación realizadas para consensuar tratamientos del dolor en pacientes en situación compleja, entre niveles asistenciales.					

	2017	2018	2019	2020	2021
Línea de actuación 5.5: Implantación en todas las áreas de salud de la guía clínica para la atención del paciente con cáncer en situación terminal, su familia y sus cuidadores.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de actividades desarrolladas dirigidas a profesionales, para la divulgación de la guía clínica para la atención del paciente con cáncer en situación terminal, su familia y cuidadores.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de actividades desarrolladas dirigidas a profesionales, para la implantación de la guía clínica para la atención del paciente con cáncer en situación terminal, su familia y cuidadores.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Número de áreas de salud en las que se haya implantado la guía clínica para la atención del paciente con cáncer en situación terminal, su familia y sus cuidadores.					
Línea de actuación 5.6: Potenciación del apoyo psicológico y social a las personas que sufren un cáncer, tanto en edad adulta como en menores, sus familias y cuidadores.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número y tipo de recursos existentes y de nueva creación, en las áreas de salud del SES, para la atención psicológica y social del paciente con cáncer.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de asociaciones de pacientes con perfil sanitario, inscritas en el Registro General de Asociaciones, que prestan apoyo al paciente oncológico.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Áreas de salud que realizan la atención psicosocial a las personas que sufren un cáncer en la Comunidad Autónoma.					
Línea de actuación 5.7: Atención a las situaciones de dependencia de las personas que padecen cáncer, tanto al final de la vida como en aquellas cuyo pronóstico es de estabilidad.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de solicitudes trimestrales de atención a situaciones de dependencia de las personas que padecen cáncer/año.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Evolución del número de valoraciones trimestrales y tiempo medio transcurrido desde la solicitud/año.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Número de dictámenes realizados y su grado y nivel.					
- <u>Indicador de evaluación 4:</u> Evolución del número de Programas Individualizados de Atención (PIAs) realizados y tiempo medio transcurrido desde la valoración/año.					



	2017	2018	2019	2020	2021
Línea de actuación 5.8: Potenciar la rehabilitación específica y/o funcional en pacientes supervivientes de cáncer para aminorar o eliminar las secuelas producidas por el cáncer y la quimioradioterapia, entre ellos: mejora de la fonación, mejora o resolución del linfedema, rehabilitación de la cintura escapular, mejora de la salud dental, disminución de las secuelas cardiológicas, y otras.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Áreas de salud que realicen rehabilitación específica y/o funcional en pacientes supervivientes de cáncer, y tipo de recurso utilizado para: <ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la fonación. • Mejora o resolución del linfedema. • Rehabilitación de la cintura escapular. • Mejora de la salud dental. • Disminución de las secuelas cardíacas. • Otros tipos de rehabilitación existentes en el área de salud en pacientes supervivientes de cáncer. 					

Área de Intervención 5: INSTRUMENTOS DE APOYO A LA ATENCIÓN DEL CÁNCER

	2017	2018	2019	2020	2021
Objetivo 6: Impulsar las actividades de formación a los profesionales, la investigación y los sistemas de información, en el ámbito de la oncología, en la Comunidad Autónoma de Extremadura.					
Línea de actuación 6.1: Mejora de la coordinación y el trabajo conjunto, entre el SSPE y los departamentos y centros de la Universidad de Extremadura (UEx), especialmente en materia de formación de pregrado en oncología y prevención del cáncer, para conseguir un programa de actividades homogéneo destinado a la formación de las distintas titulaciones.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Creación y puesta en funcionamiento de una estructura organizativa regional destinada a la coordinación y homogenización de la formación pregrado teórico-práctica, que contemple la formación en oncología y prevención del cáncer.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Existencia de un programa de actividades de mínimos homogéneo para la formación práctica, en oncología y prevención del cáncer, en cada una de las titulaciones.					
Línea de actuación 6.2: Potenciar y diseminar los estudios de postgrado y colaborar con la entidad competente (UEx) en el diseño de los programas formativos postgrado en relación con la oncología y la prevención del cáncer.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de reuniones de coordinación/año, mantenidas con la UEx, sobre los estudios de postgrado, en los que se incluya la formación en oncología y prevención del cáncer.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de actividades de colaboración/año, desarrolladas con la UEx por parte de la CSPS y el SES, relacionadas con estudios de postgrado en oncología y prevención del cáncer.					

	2017	2018	2019	2020	2021
<p>Línea de actuación 6.3: Inclusión en las necesidades de formación continuada de los profesionales del SSPE, en el Plan Anual de Formación de la ECSAS y en las Unidades de Formación de las áreas de salud, de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios y sociosanitarios relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de estilos de vida saludable. • Diagnóstico precoz del cáncer. • Asistencia al cáncer infantil y juvenil. • Asistencia al cáncer en adultos. • Cuidados paliativos y actualizaciones terapéuticas en el tratamiento paliativo y del dolor de las personas que padecen cáncer. • Soporte psicológico al paciente oncológico y sus familias. • Trabajo social relacionado con el paciente oncológico y sus familias. • Rehabilitación en pacientes con cáncer. 					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de actividades de formación continuada llevadas a cabo/año, en los ámbitos relacionados.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de actividades de formación continuada acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura (CFCEX)/año, en los ámbitos relacionados.					
- <u>Indicador de evaluación 3:</u> Número de actividades formativas de las Unidades de Formación de las áreas de salud llevadas a cabo/año, en los ámbitos relacionados.					
<p>Línea de actuación 6.4: Puesta en marcha de actividades formativas, dirigidas a los profesionales del SSPE, para el adecuado funcionamiento, desarrollo y registro de actividad de Jara Asistencial, así como de otras actividades y/o herramientas complementarias, dirigidas a dicho fin.</p>					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de actividades de formación continuada llevadas a cabo para el adecuado funcionamiento, desarrollo y registro de actividad de Jara Asistencial, así como de otras actividades y/o herramientas complementarias/año.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de actividades formativas de las Unidades de Formación de las áreas de salud relacionadas con el adecuado funcionamiento, desarrollo y registro de actividad de Jara Asistencial, así como de otras actividades y/o herramientas complementarias/año.					
<p>Línea de actuación 6.5: Consolidar las funciones de planificación y coordinación de la formación continuada de profesionales sanitarios y sociosanitarios en el ámbito de la Comunidad Autónoma, de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura (CFCEX).</p>					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de reuniones del Pleno de la CFCEX/año.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de reuniones de la Comisión Permanente de la CFCEX/año.					

	2017	2018	2019	2020	2021
Línea de actuación 6.6: Impulso de la elaboración de estudios epidemiológicos y ensayos clínicos relacionados con el cáncer en la Comunidad Autónoma de Extremadura contemplando, en su caso, la perspectiva de género.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Evolución del número de estudios epidemiológicos y ensayos clínicos relacionados con la oncología y el proceso oncológico/año.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Áreas de salud en las que se desarrollan estos estudios epidemiológicos y ensayos clínicos, relacionados con la oncología y el proceso oncológico.					
Línea de actuación 6.7: Mejora de la coordinación de los grupos de investigación oncológica entre la UEx y el SES, poniendo especial énfasis en programas de investigación clínica y traslacional transversales.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Número de reuniones de coordinación/año, entre la CSPA y el SES con la UEx lideradas por FUNDESALUD, sobre programas de investigación clínica y traslacional.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Número de programas de investigación clínica y trasnacional coordinados UEx-SES/año.					
Línea de actuación 6.8: Puesta en funcionamiento del Banco de Tumores de la Comunidad Autónoma de Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Disponibilidad de la autorización de creación/instalación del Banco de Tumores de Extremadura.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad de la autorización de funcionamiento del Banco de Tumores de Extremadura.					
Línea de actuación 6.9: Puesta en funcionamiento y desarrollo del Sistema de Información de Cáncer de Base Poblacional de Extremadura (SICaP), para la recogida, procesamiento y análisis estadístico de los datos, así como la difusión de los mismos.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Evolución de la cobertura de la recogida de casos del SICaP.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Disponibilidad y grado de difusión de un informe anual del SICaP que contemple datos desagregados por áreas de salud.					
Línea de actuación 6.10: Puesta en funcionamiento y desarrollo de Registros Hospitalarios de Tumores en todas las áreas de salud del SSPE, en los que se recojan, como mínimo, datos de identificación del paciente, del tumor y del tratamiento, seguimiento y evolución, de acuerdo a los estándares internacionales aceptados, que servirán como fuente de información del SICaP.					
- <u>Indicador de evaluación 1:</u> Áreas de salud del SSPE en los que esté en funcionamiento el Registro Hospitalario de Tumores.					
- <u>Indicador de evaluación 2:</u> Evolución de la cobertura de la recogida de casos de los Registros Hospitalarios de Tumores.					

