



# **Retos actuales y futuros** del financiamiento en la atención del cáncer en la Caja Costarricense de Seguro Social

San José, Costa Rica.  
29 de mayo, 2015.

Julián Pérez Gil

# INDICE

- \* Situación en Europa
- \* Organización de un Instituto de Oncología
- \* Fundación ECO
- \* Criterios de Calidad
- \* Programa de Cáncer Colo-rectal
- \* Programa de Cáncer de Mama
- \* Otros Programas

# Mortalidad por 100.000 htes

## Hombres

* Pulmón	58
* Colon	21
* Próstata	16
* Vejiga	12
* Estomago	11
* Páncreas	10

## Mujeres

* Mama	18
* Pulmón	12
* Colon	11
* Páncreas	7
* Útero	6
* Ovario	6

# Situación en Europa

- \* Mortalidad: 40% de menores de 65 años y 24% mayores
- \* Disminuyo en 2011 el 0,5%.
- \* Previsión: Reducción 6,5% en 2015
- \* Mortalidad: 21% pulmón. 12% CCR. 7% mama. 10% próstata. 6% páncreas.
- \* El tabaco es responsable del 20% de tumores de páncreas y 90% de pulmón

- 
- \* Situación en Europa
  - \* **Organización de un Instituto de Oncología**
  - \* Fundación ECO
  - \* Criterios de Calidad
  - \* Programa de Cáncer Colo-rectal
  - \* Programa de Cáncer de Mama
  - \* Otros Programas

# Organización de un Instituto Oncología

- \* Centro altamente especializado
- \* Coordinación de Diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y formación
- \* Expertos de diferentes campos de la oncología
- \* Atención al tercer y segundo nivel.
- \* Objetivos: Calidad, eficiencia y equidad
- \* Estructura transversal de facultativos.

# Organización Intramural

- \* Estructura en divisiones autónomas
- \* Autonomía en horarios, régimen interno, protocolos asistenciales y proyectos invest.
- \* Unidades funcionales multidisciplinarias.
- \* Comité de tumores
  - \* Subcomites (8)
- \* Protocolos por consenso
- \* Programa informático de seguimiento del paciente oncológico.

# Órganos Asistenciales Propios

- \* Hospital de Día
  - \* Administración de tratamientos ambulatorios
  - \* Trasfusiones, curas de catéter central, etc
  - \* Sillones para ttos cortos
  - \* Camas para ttos largos
- \* Unidad de terapia programada (UTP)
  - \* Administración de tratamientos complejos >24 horas
  - \* Ingresos programados con fecha ingreso y alta

# Órganos Asistenciales Propios

- \* Unidad de Toxicidad Aguda
  - \* Atender de forma inmediata procesos inducidos por la toxicidad.
  - \* Infraestructura ambulatoria y de ingreso
- \* Unidad de Hospitalización
  - \* Complicaciones del cáncer o sus tratamiento
  - \* Tumores de gran agresividad
  - \* Cáncer de pulmón
  - \* Tratamiento quimio dosis altas

# Organización Extramuros

- \* Oncólogos que trabajan en el segundo nivel de atención
- \* Pertenecen también al Instituto.
- \* Se coordinan con las especialidades del segundo nivel.

- 
- \* Situación en Europa
  - \* Organización de un Instituto de Oncología
  - \* **Fundación ECO**
  - \* Criterios de Calidad
  - \* Programa de Cáncer Colo-rectal
  - \* Programa de Cáncer de Mama
  - \* Otros Programas

# Misión

- \* La Fundación ECO tiene como objetivo avanzar hacia la mejora de la calidad en la asistencia al paciente, investigación y formación en todos los servicios de Oncología de nuestro país.



- \* La Fundación ECO a través de su red de expertos aspira a ser un referente en calidad y excelencia a nivel nacional, ayudando a mejorar la supervivencia y calidad de vida, en un modelo asistencial centrado en el paciente.



# Criterios de Calidad

- 56 criterios han sido definidos por un grupo de 50 expertos en 5 bloques temáticos:

Organización  
General

Cuidados  
Paliativos

Cáncer de  
Pulmón

Cáncer de  
Mama

Cáncer  
Colorrectal

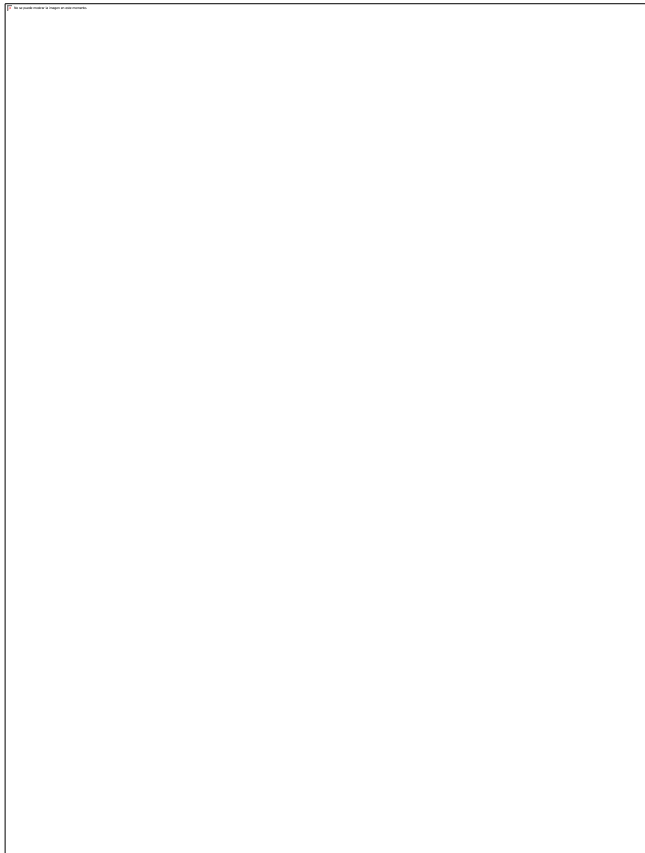
CRITERIO MAMA 5. ELECCIÓN DE CIRUGÍA CONSERVADORA
IC MAMA 5.1. Adecuación del tratamiento con cirugía conservadora
DEFINICIÓN: Adecuación del tratamiento de pacientes mediante cirugía conservadora.
FÓRMULA: Número de pacientes con cáncer de mama sometidos a cirugía conservadora x 100 / Número de pacientes diagnosticados de neoplasia maligna de mama.
INDICADOR DE: Resultado.
JUSTIFICACIÓN / EXCLUSIONES / ACLARACIONES: El tratamiento conservador del cáncer de mama (cirugía limitada o conservadora) ha mostrado iguales resultados que la cirugía más radical y representa el tratamiento de elección en la mayoría de los cánceres de mama actuales de pequeño tamaño o en aquellos de mayor tamaño en los que la quimioterapia (neoadyuvante) permite reducir su dimensión. La conservación de la mama puede no ser apropiada para todas las pacientes por diversas razones: el estadio tumoral, la elección de la paciente, el riesgo genético, el tamaño pequeño de la mama y el acceso a la radioterapia. En el cálculo del indicador deben excluirse del numerador y del denominador las pacientes que tras el consentimiento informado no optan por la cirugía conservadora.
FUENTE/S DE INFORMACIÓN: Documentación clínica. Período de cálculo: última anualidad.
NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE: 50-60%.
BIBLIOGRAFÍA – Saura RM, Gimeno V, Blanco MC, Colomer R, Serrano P, Acea B, et al. Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias (AATRM 2006/02). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. – Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2010. – Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Plan Director de Oncologia. Oncologia de mama. Actualització 2008. Disponible en: <a href="http://www.gub.cat/salut/es/GPG/GPG_497 Oncologia_mama_2008_esp.pdf">http://www.gub.cat/salut/es/GPG/GPG_497 Oncologia_mama_2008_esp.pdf</a> – Aebi S, Davidson T, Gruber G, Cardoso F; ESMO Guidelines Working Group. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2011; 22 (Suppl 6): vi12-24. – National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Breast cancer quality standard. September 2011. Disponible en: <a href="http://publications.nice.org.uk/breast-cancer-quality-standard-qs12/introduction-and-overview">http://publications.nice.org.uk/breast-cancer-quality-standard-qs12/introduction-and-overview</a> .

CRITERIO COL 1. ADECUACIÓN DE LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA PARA INICIAR TRATAMIENTO
IC COL 1.3. Correcta evaluación de extensión del cáncer colorrectal
DEFINICIÓN: Los pacientes en evaluación de extensión del cáncer colorrectal deben contar con una tomografía computarizada helicoidal con contraste de tórax, abdomen y pelvis para determinar el estado de la enfermedad.
FÓRMULA: Número de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal y realización de diagnóstico de extensión que incluye una tomografía computarizada helicoidal con contraste de tórax, abdomen y pelvis x 100 / Número de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal.
INDICADOR DE: Proceso.
JUSTIFICACIÓN / EXCLUSIONES / ACLARACIONES: Si no constaran todas las pruebas, se consideraría como no cumplido el estudio de extensión en el paciente. En los pacientes operados de urgencia, si no se pudo hacer preoperatoriamente, se hará en el postoperatorio. Exclusiones: fallecimiento no relacionado con el procedimiento evaluado, inclusión en un plan de cuidados paliativos, decisión del paciente tras el consentimiento informado.
FUENTE/S DE INFORMACIÓN: Documentación clínica. Período de cálculo: última anualidad.
NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE: > 95%.
BIBLIOGRAFÍA – Saura RM, Gimeno V, Blanco MC, Colomer R, Serrano P, Acea B, et al. Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias (AATRM 2006/02). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. – Gagliardi AR, Simunovic M, Langer B, Stern H, Brown AD. Development of quality indicators for colorectal cancer surgery, using a 3-step modified Delphi approach. Can J Surg. 2005; 48: 443-52.



# Criterios de Calidad

- Avalados por prestigiosas sociedades a nivel nacional e internacional



- 
- \* Situación en Europa
  - \* Organización de un Instituto de Oncología
  - \* Fundación ECO
  - \* **Criterios de Calidad**
  - \* Programa de Cáncer Colo-rectal
  - \* Programa de Cáncer de Mama
  - \* Otros Programas

# Criterios de Calidad

- \* Criterio: Condición que debe cumplir la practica clínica para considerarse de calidad.
- \* Indicador: Forma de medir un criterio.
- \* Estándar: Grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad. Nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador.
- \* Criterios soportados en: Guías basadas en la evidencia, Organismos de prestigio y evidencia actual.

# Criterio: Organización

- \* Atención multidisciplinar a los pacientes con CM, CCR y Pulmón (Comités)
- \* Respetar las voluntades otorgadas por el paciente.(Voluntades anticipadas)
- \* Información correcta y paciente activo
  - \* Consentimiento informado
  - \* Consentimiento para ensayos clínicos
- \* Evaluación del riesgo de infertilidad por tto.
- \* Incidentes para la seguridad notificados y analizados
- \* Aprobación y documentación de plan de tratamiento.
- \* Control eventos adversos relacionados con la medicación

# Criterio: Organización

- \* Promover la investigación traslacional para incrementar la efectividad terapéutica.
- \* Capacidad de respuesta tras la decisión terapéutica
- \* Correcta indicación de antieméticos en quimioterapia
- \* Grado de coordinación con Primer nivel de atención

Existen otros Criterios para cada uno de los tres tipos de cáncer.

# Criterio: Cuidados Paliativos

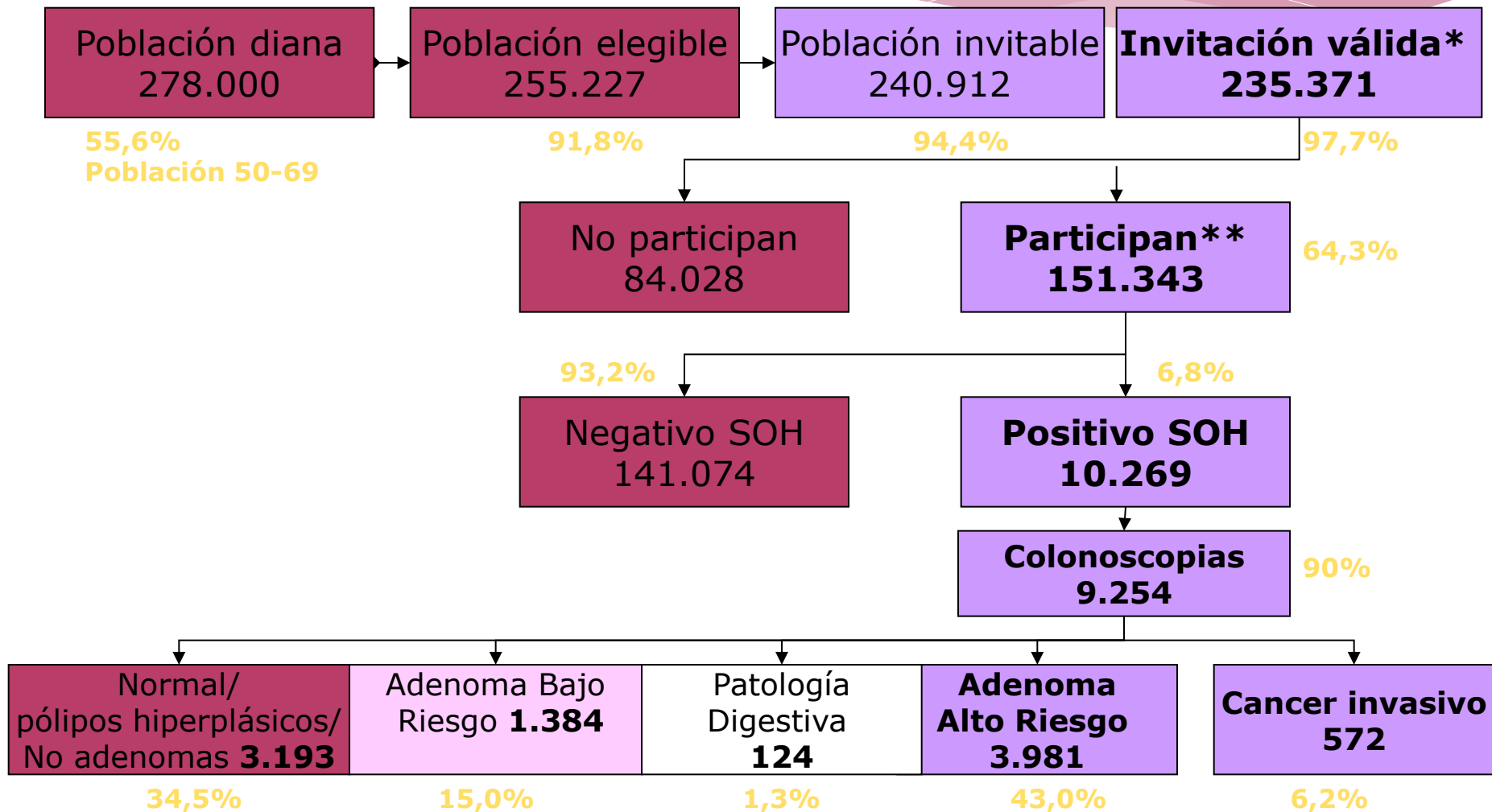
- \* Organización funcional de los CP con participación del servicio de Oncología
- \* Atención integral e integrada ambulatoria al final de su vida
- \* Atención Psicológica
- \* Pacientes en tratamiento activo próximos al fallecimiento
- \* Efectividad de la analgesia para el tratamiento del dolor
- \* Adecuación a la efectividad percibida por el paciente del tratamiento para el dolor.
- \* Control del estreñimiento
- \* Control de la disnea
- \* Información correcta al paciente y familiares al final.
- \* Atención responsable tras el fallecimiento.

- 
- \* Situación en Europa
  - \* Organización de un Instituto de Oncología
  - \* Fundación ECO
  - \* Criterios de Calidad
  - \* **Programa de Cáncer Colo-rectal**
  - \* Programa de Cáncer de Mama
  - \* Otros Programas

# PROGRAMA CRIBADO CÁNCER COLORRECTAL 2009-

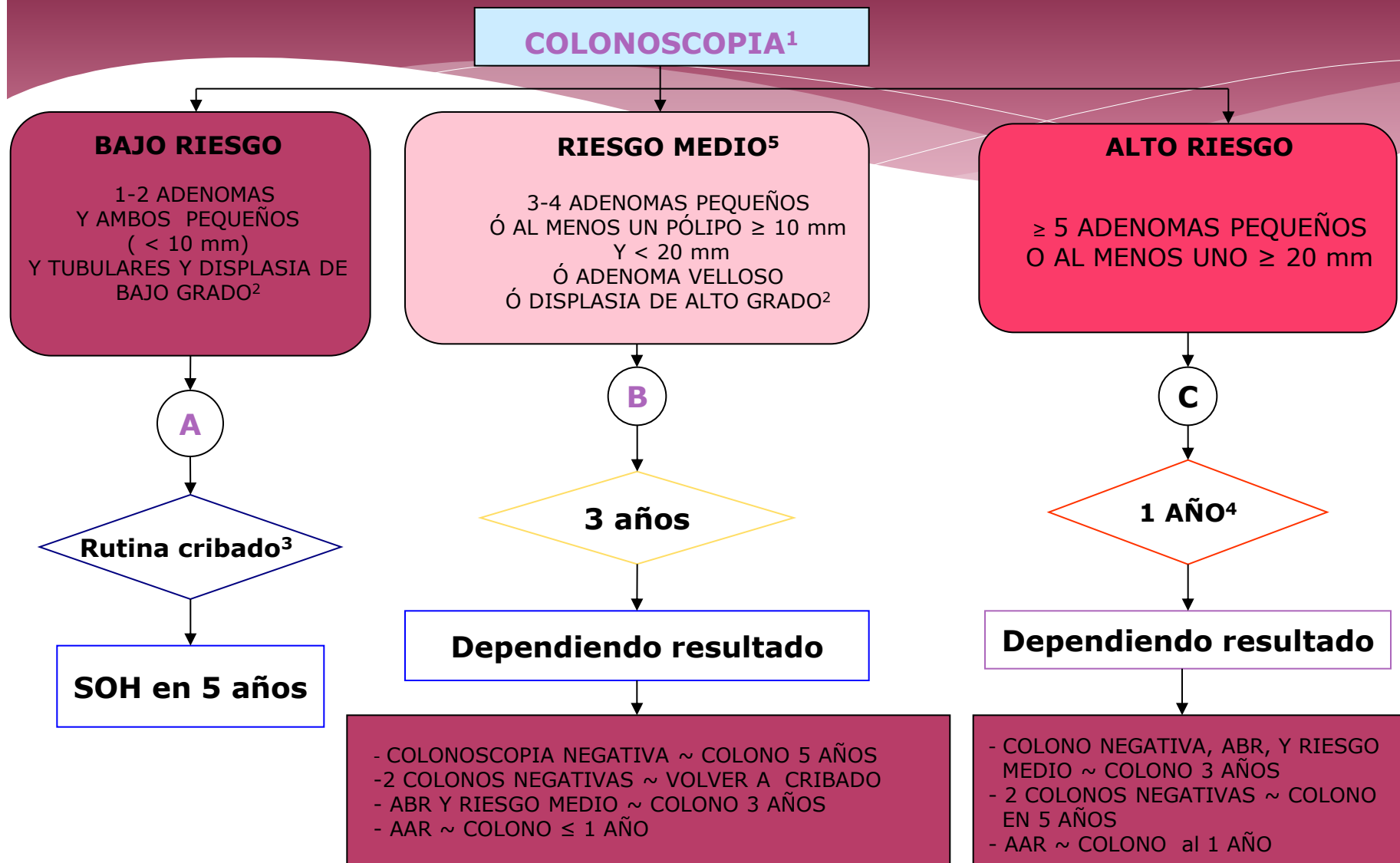
- ❖ Mujeres y hombres: 50-69 años
- ❖ Sangre Oculta en Heces (Inmunoquímico cuantitativo)
- ❖ Colonoscopia con sedación en SOH positiva.
- ❖ Lesiones premalignas y malignas: Adenomas Avanzados y CCR invasivo

# RESULTADOS 1ª VUELTA 2009-2011



\* Kit SOH enviado; \*\*Entregan el kit

# SEGUIMIENTO TRAS EXTIRPACIÓN DE ADENOMAS. UE 2010



1- LA COLONOSCOPIA DEBE DE SER COMPLETA PARA ASIGNAR EL RIESGO.

2- CRITERIOS ADICIONALES DEL FACULTATIVO.

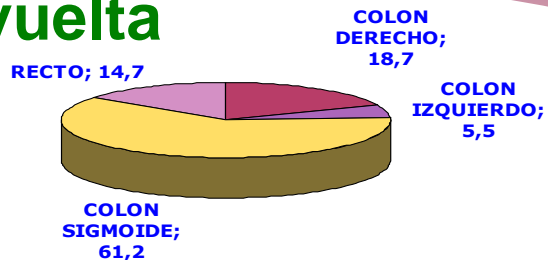
3- OTRAS CONSIDERACIONES: EDAD, HRA FAMILIAR, LIMPIEZA COLONICA Y EN EXTENCIÓN DE LA EXPLORACION

4- COLONOSCOPIA CONFIRMACIÓN EN BUSQUEDA DE LESIONES PERDIDAS

**5-HASTA 2011 INTEGRADO EN ALTO RIESGO**

# CÁNCERES INVASIVOS<sup>1</sup> COLORRECTALES 2009-2011

1ª vuelta



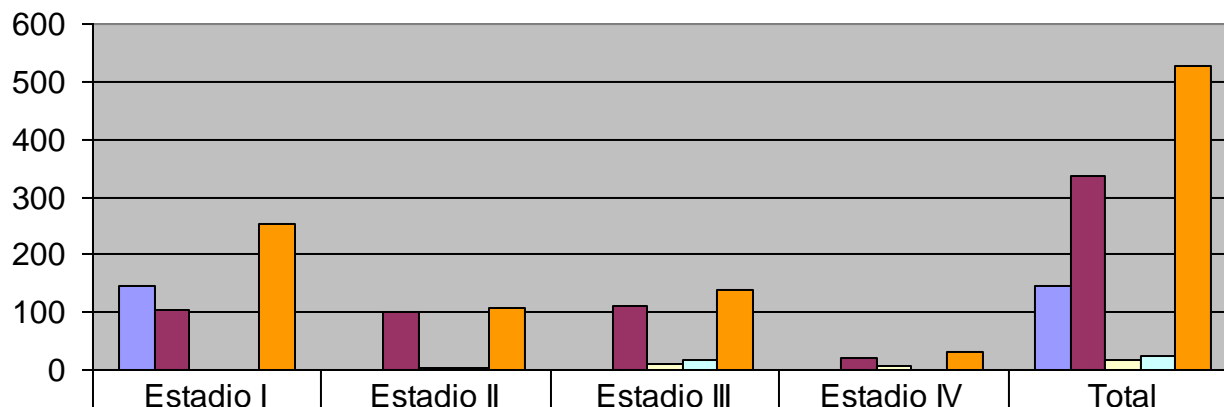
- ESTADIO I y II 67,8%
- ESTADIO III y IV 31,6%
- Desconocido 0,6%

Grupos	50-54	55-59	60-64	65-69	TOTAL
HOMBRES	35	70	118	163	386
MUJERES	33	36	60	57	186
TOTAL	68	106	178	220	572

1 – Invaden submucosa (=>pT1). Los “in situ” incluidos en Adenomas Alto Riesgo

# CÁNCERES INVASIVOS1 COLORRECTALES 2009-2011 - 1ª vuelta

**Primer tratamiento según estadio**



■ Endoscópico radical	146	0	0	0	146
■ Cirugía	105	99	112	22	338
■ Quimioterapia	1	2	9	7	19
■ Radioterapia	1	5	17	1	24
■ Total	253	106	138	30	527

■ Endoscópico radical ■ Cirugía ■ Quimioterapia ■ Radioterapia ■ Total

En 27,7% de los casos el tratamiento radical fue la extirpación endoscópica

- 
- \* Situación en Europa
  - \* Organización de un Instituto de Oncología
  - \* Fundación ECO
  - \* Criterios de Calidad
  - \* Programa de Cáncer Colo-rectal
  - \* **Programa de Cáncer de Mama**
  - \* Otros Programas

# INFORMACIÓN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

## EVALUACIÓN A FECHA 31-12-2014

**Marzo 2015**

### ***CARACTERÍSTICAS DEL PDPCM***

#### ***Fecha de comienzo:***

Noviembre de 1995 en Araba y Alto Deba, y extensión a lo largo de 1997, al resto de la CAPV.

#### ***Técnica a utilizar y periodicidad:***

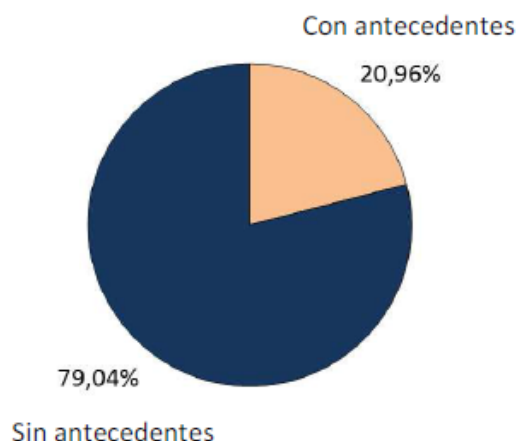
Mamografía bilateral en doble proyección (oblicua medio lateral y cráneo caudal) cada dos años.

#### ***Población diana:***

Al comienzo, dirigido a todas las mujeres de la CAPV de 50 a 64 años de edad. En 2006, se aprueba el aumento hasta los 69 años evitando dar bajas del programa por edad, aumento que se ha completado en 2010. En 2011 se amplía el Programa a mujeres de 40-49 años, con antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado.

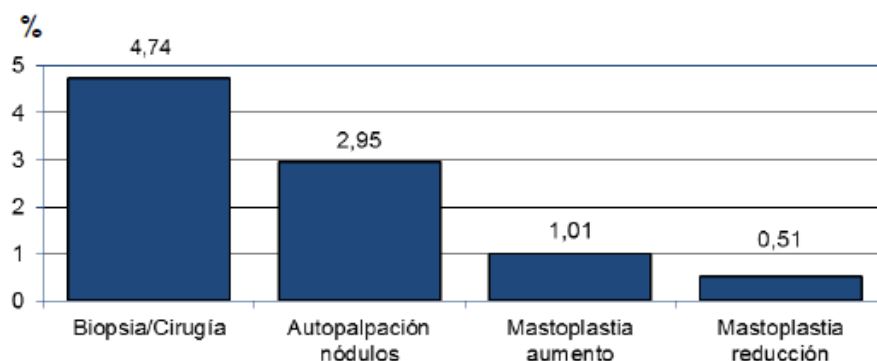
## I.-PERFIL MUJERES PARTICIPANTES EN EL PDPCM

### ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA



De las 396.331 historias analizadas de mujeres participantes en el PDPCM desde su comienzo hasta el 31 de diciembre de 2014, el 20,96% tenían algún antecedente de cáncer de mama. El 10,51% de primer grado, 12,28% de segundo grado, 1,84% de primero y segundo grado, y un 0,74% tenían 2 ó más familiares de primer grado con cáncer de mama.

### ANTECEDENTES PERSONALES SINTOMATOLOGÍA DE MAMA



El 4,74% tenían antecedentes de biopsia y/o cirugía de la mama, el 2,95% se palpaban algún nódulo mamario, y el 1,52% se habían sometido a mastoplastia (reducción o aumento).

## II.-FASE DE CRIBADO

*Datos acumulados (CAPV) desde el comienzo del Programa, hasta el 31 de diciembre de 2014.*

Mujeres con cita válida	1.939.321	--
Mujeres exploradas	1.562.274	(80,56%)
Mujeres con revaloración (otras pruebas radiológicas)	137.932	(8,83%)
Mujeres derivadas a H. Referencia (cat. 3HR-4-5)	17.023	(1,09%)

Tiempo medio desde Mamografías (Mx) hasta emisión carta-informe	6,48 días
Tiempo medio desde Mx hasta realización de pruebas complementarios	9,40 días

### III.-HOSPITAL DE REFERENCIA

*Datos acumulados (CAPV) desde el comienzo del Programa, hasta el 31 de diciembre de 2014*

Cánceres detectados	7.036
Ca. in situ / detectados	17,28%
Invasivo $\leq$ 10 mm / invasivos	34,32%
Tratamiento conservador	81,68%
Tasa de Detección por 1.000 mujeres exploradas	4,50‰

Tiempo medio desde valoración Mx hasta cita Hospital Referencia	4,27 días
Tiempo medio desde cita en H Referencia hasta comienzo Tratamiento	30,76 días

## EXTENSIÓN PDPCM

La evidencia disponible en la actualidad no es concluyente en cuanto a la indicación de realizar de forma rutinaria cribados poblacionales en mujeres entre 40 y 49 años para la detección precoz del cáncer de mama.

Se presenta la implementación en la CAPV de estrategias sistematizadas basadas en la determinación individual del riesgo.

Mujeres de la CAPV de 40 a 49 años, con antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado (madre, padre, hermana/o, hija/a).

Mamografía bilateral en doble proyección (cráneo caudal y oblicua medio lateral) con periodicidad bienal.

# PDPCM 40-49 AÑOS

## Actividades

- Identificación población diana (Septiembre, 2011)
- Inicio encuestas telefónica (Septiembre, 2011)
- Diseño del Portal Web (Octubre, 2011)
- Información a sanitarios de ampliación (Octubre, 2011)
- Instalación del aplicativo para la autocumplimentación de encuesta (Diciembre, 2011)
- Diseño carta-invitación con clave acceso (Diciembre, 2

## RESULTADOS 27/03/2012

### Mujeres invitadas

Respuesta	Nº Mujeres	%
Rechazo	148	0,69%
llocalizables	1.602	7,48%
Bajas por diagnóstico cáncer mama	129	0,60%
Bajas por mortalidad	17	0,08%
Bajas por error censal	415	1,93%
Encuestadas (con encuesta válida)	19.179	89,22%
<b>Total mujeres invitadas</b>	<b>21.490</b>	<b>100%</b>

## RESULTADOS 27/03/2012

### Antecedentes Familiares cáncer de mama

	Nº Mujeres	%
Sin antecedentes familiares	14.518	75,70%
Con antecedentes familiares 2º grado	3.294	17,18%
Con antecedentes familiares 1º grado	1.367	7,12%
<b>Total mujeres encuestadas *</b>	<b>19.179</b>	<b>100%</b>

(\*) Desde implantación de la nueva aplicación (dic 2011), el **16,55%** han cumplimentado la encuesta vía Web (3.099 )

## RESULTADOS 27/03/2012

### Indicadores Fase cribado

	Nº
Mx realizadas	623
Informe Resultado Normal	459 (73,67%)
Informe Mamografía 6 meses	7 (1,12%)
Informe Mamografía 12 meses	94 (15,09%)
Derivadas Hospital Referencia	12 (1,93%)
Pendiente realizar informe	51 (8,19%)

## RESULTADOS 27/03/2012

### Indicadores Hospital de Referencia

	Nº
Derivadas Hospital Referencia	12
Incidencia (cánceres detectados)	3
-In situ	1 (33,33%)
-Invasivos	2 (66,66%)
Tasa de Detección*	4,82‰

- 
- \* Situación en Europa
  - \* Organización de un Instituto de Oncología
  - \* Fundación ECO
  - \* Criterios de Calidad
  - \* Programa de Cáncer Colo-rectal
  - \* Programa de Cáncer de Mama
  - \* **Otros Programas**

# PROGRAMA CRIBADO CÁNCER de Cuello de Útero

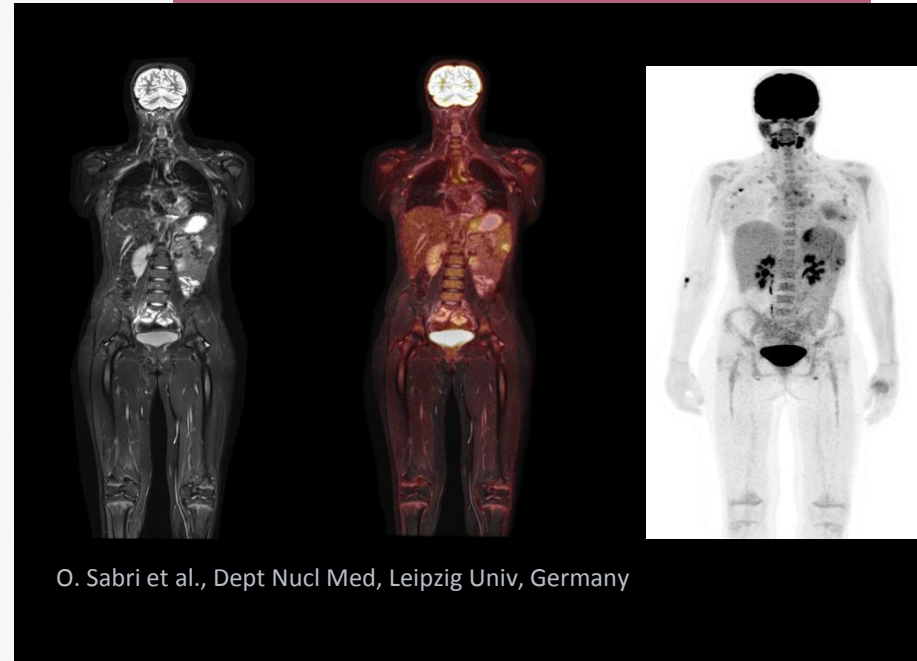
- Cribado de dos tipos: Oportunista y Poblacional
- Oportunista: Mujer que acude a la consulta. Objetivo: Beneficio individual
- Poblacional: Se invita a la población diana. Objetivo: La equidad
- Manera Eficiente: Poblacional. Mujeres de 30-65 años. Consulta con prueba de VPH y citología convencional.
- Indicador coste-efectividad: Mortalidad en comparación con la ausencia de programa
- Otros indicadores: Años de vida ganados ajustado por calidad de vida. Reducción de cáncer invasivo, etc
- El cribado poblacional se hace en varios países de Europa.
- El coste efectividad de la vacunación frente al VPH es diversa.
- En Inglaterra la reducción a sido de 16casos /100.000 a 10 casos por la introducción de poblacional

# PROGRAMA CRIBADO CÁNCER de Pulmón

- Es el gran desafío
- Mortalidad en Europa el 21%.
- Creciendo la incidencia en mujeres.
- Escrining con selección poblacional
- La tecnología esta de nuestra parte

# Avances disruptivos en Medicina

PET.MR: Extendiendo las fronteras de la Imagen





# MUCHAS GRACIAS

[julianpg2009@gmail.com](mailto:julianpg2009@gmail.com)