

MERCEDES DOMONTE PEREIRO_Xefa de sección da Xefatura territorial da Consellería de Sanidade en Pontevedra, España

ÁNGELES FEIJOO-MONTENEGRO FERNÁNDEZ_Xefa territorial da Consellería de Sanidade en Pontevedra, España

EMMA REGO VALCARCE_Xefa territorial da Consellería de Sanidade na Coruña, España.

JOSÉ ANTONIO VÁZQUEZ CARRETE_(jose.antonio.vazquez.carrete@sergas.es)_Xefe de Sección da Xefatura territorial da Consellería de Sanidade na Coruña, España.

MANUEL ÁLVAREZ CORTIÑAS_Xefe do Servizo de Sanidade Ambiental. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Consellería de Sanidade, España.



Plan estratéxico de mellora da rede de unidades de exploración do programa galego de detección precoz do cancro de mama

Strategic plan for the improvement of the network of units of exploration of the Galician program of early detection of breast cancer

&Resumo: Desde a implantación en 1992 do Programa Galego de Detección Precoz de Cancro de Mama, proxectamos un Plan estratéxico, por entender que tanto os servizos sanitarios como os factores que inciden sobre eles están mudando constantemente, de aí que as estruturas que dispoñemos na actualidade son susceptibles de cambios para mellorar a calidade e a eficiencia na prestación dos seus servizos. O contido do proxecto organízase nos seguintes ámbitos temáticos - Unha análise da situación actual, definición de obxectivos e metas, análise DAFO da organización, estratexias operativas e avaliación dos resultados. O presente Plan que pretende en liñas xerais, establecer unha estratexia de mellora que permita superar as súas debilidades, potenciar as súas fortalezas e aproveitar as oportunidades.

&Palabras clave: Cancro, screening, mamografía, misión, indicador, accesibilidade

&Summary: Since the implementation of the Galician program of early detection of Breast Cancer in 1992, we project a Strategic Plan, to understand that both health services and the factors that affect them are constantly changing, hence the structures that we have today are susceptible to changes to improve quality and efficiency in the provision of their services. The contents of the project are organized in the following thematic areas - an analysis of the current situation, definition of objectives and goals, SWOT analysis of the Organization, operational strategies and evaluation of the results of this Plan which aims to roughly establish a strategy for improvement that will allow overcoming their weaknesses, enhance their strengths and opportunities.

&Key words: cancer, screening, mammography, mission, indicator, accessibility

I. INTRODUCCIÓN

O presente traballo ha de entenderse como un exercicio teórico no que tratamos de aplicar os coñecementos adquiridos durante o curso para levar a cabo a elaboración dun plan estratéxico dunha unidade dependente da Consellería de Sanidade.

A xustificación das razóns polas que resulta pertinente analizar o departamento obxecto de estudo desenvólvense no corpo do traballo, pero poden resumirse en que o actual enfoque do cribado de casos de cancro de mama non é eficiente, detectándose problemas no desenvolvemento do programa operativo baseado, en parte, na utilización de unidades móbiles, polo que neste traballo se parte da premisa de que se poden manter as taxas de participación prescindindo destas unidades e proponse un cambio de operativa dentro do PGDPCM. A proposta básica supón manter as unidades fixas pero pasando a tecnoloxía dixital. Iso suporía a compra de novos mamógrafos dixitais e primaríase ademais o funcionamento destas unidades en dobre quenda de mañá e de tarde, para rendibilizar o investimento neste tipo de mamógrafos.

A metodoloxía empregada baséase na procura bibliográfica sobre o ítem “plan estratéxico cancro de mama”, a análise e revisión da documentación e a proposta por parte do grupo de alternativas en función dos modelos de maior interese.

Os datos obtivéronse por busca en internet e en bases de datos específicas (MEDLINE, etc.), material e documentación entregada no curso así como as referencias bibliográficas facilitadas polos relatores.

O documento recolle en primeiro lugar nun apartado que denominamos “Onde estamos”, unha descrición da situación actual, explicando a importancia do cancro de mama e a súa situación en Galicia, o significado dos programas de cribado en saúde pública así como unha visión destes no medio europeo, concluíndo este apartado cun resumo dos principais indicadores do programa en Galicia. En “Onde queremos chegar”, recóllese a misión, visión e obxectivos da organización para pasar despois, no apartado de “Que camiño queremos seguir”, a describir a actual estrutura asistencial en Galicia, seguido dunha análise DAFO da organización. Posteriormente faise unha descrición das funcionalidades do modelo actual e o modelo alternativo proposto polo plan, así como a definición das estratexias operativas centrada na proposta alternativa. En “Como medimos os avances” detállanse os indicadores para a avaliación do plan e conclúe o documento cunhas conclusións seguidas da bibliografía consultada.

II. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

Importancia do cancro de mama

O cancro de mama constitúe un importante problema de saúde nos países do noso medio, pola súa elevada incidencia e mortalidade e as súas repercusións físicas, psicolóxicas e económicas sobre a atención sanitaria da poboación.

O cancro de mama é, con moito, o cancro máis frecuente entre as mulleres, estimándose en 1,38 millóns de novos casos diagnosticados de cancro no mundo (Globocan, 2008). As taxas de incidencia varían de 19,3 por cada 100.000 mulleres na África oriental a 89,7 por cada 100.000 mulleres en Europa occidental.

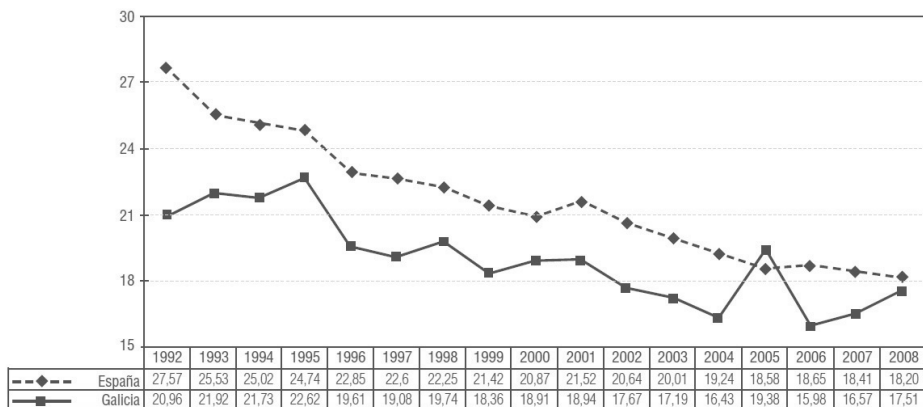
En Europa o cancro de mama é o tumor máis frecuente, e para ese mesmo período de tempo (2008) arredor do 30% de todos os tumores diagnosticados en mulleres (máis de 450.000 casos) e o 17% das mortes (sobre 139.000 mortes) corresponden a esta causa, o que supón unha taxa de incidencia de 62,8 por 100.000 (axustada á poboación mundial) e unha taxa de mortalidade de 16,7 por 100.000).

En España obsérvanse cifras similares para o cancro de mama (o 30% de todos os tumores diagnosticados en mulleres son cancros de mama e o 16% das mortes débense a estes tumores) estimándose que no ano 2012 se diagnosticarán máis de 25.000 casos e morrerán máis de 6.000 mulleres por esta patoloxía.

Situación en Galicia

Durante 2008 rexistráronse en Galicia 17,51 mortes por 100.000 mulleres (taxa estandarizada á poboación europea). No gráfico 1 podemos ver a evolución da mortalidade en España e Galicia desde 1992 ata 2008. Observamos que en Galicia, tras varios anos de descenso progresivo, a taxa de mortalidade ascende en 2005 para volver recuperar en 2006 a tendencia descendente. Nos anos 2007 e 2008 observamos un progresivo aumento que nos leva a converxer coas taxas nacionais.

Gráfico 1. Evolución da mortalidade por Cancro de mama en Galicia e España.
Taxas por 100.000 mulleres*.



*Taxas estandarizadas á poboación europea.

Fonte: (1) Mortalidad por cáncer en España. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

(2) Rexistro de Mortalidade de Galicia. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública.

Segundo os últimos datos obtidos do Rexistro de Mortalidade de Galicia, o cancro de mama continúa a ser a primeira causa tumoral de morte nas mulleres (táboa 1). No ano 2008 rexistráronse en Galicia 413 mortes por esta causa, correspondendo o 29,30% a mulleres entre 50 e 69 anos, o 54,72% a mulleres de 70 ou máis anos e o 15,98% ao grupo de mulleres menores de 50 anos.

Táboa 1. Mortalidade por tumores na muller. Galicia 2008

Tumores	Nº falecidas	%
Mama	413	13,69
Colon	330	10,94
Estómago	220	7,29
Pulmón/bronquios	235	7,79
Páncreas	189	6,26
Ovario	136	4,51
Útero (corpo e non específico)	109	3,61
Colo uterino	48	1,59
Outros	1.337	44,32
Total	3.017	100

Fonte: Rexistro de Mortalidade de Galicia. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Programas de cribado na Saúde pública

O cribado é un servizo de saúde pública no cal aos membros dunha poboación definida, que non se perciben necesariamente como expostos ou afectados por unha enfermidade ou as súas complicacións, ofrécenselles probas que permitan identificar aqueles con máis probabilidade de estar afectados co fin de reducir, mediante outras probas ou tratamentos, o risco da enfermidade ou das súas complicacións. Os programas de cribado inclúen un número importante de persoas que se sinten sas coa finalidade de seleccionar soamente as que están enfermas.

Os cribados, como calquera intervención sanitaria, teñen riscos e beneficios que deben ser considerados. Os beneficios parecen claros: a precocidade no diagnóstico e a intervención mellorará o pronóstico nalgunhas persoas enfermas. Os inconvenientes son máis complexos: alongarase a duración da enfermidade nas persoas diagnosticadas cando non haxa modificacións do pronóstico; pode haber un sobretratamento para as formas máis leves da enfermidade; as persoas enfermas con resultados negativos na proba serán identificadas falsamente como sas; as probas realizadas teñen riscos asociados; outro inconveniente destacado é que as persoas sas con resultados positivos na proba de cribado poden experimentar preocupación e ansiedade ata o diagnóstico definitivo, ademais de ser sometidas a probas que non precisan.

O Consello de Europa recomenda realizar mamografías de cribado para o cancro de mama en mulleres de 50 a 69 anos, de acordo coas directrices europeas de garantía de calidade do cribado mediante mamografía. Esta recomendación está baseada na existencia de probas da eficacia do cribado do cancro de mama derivadas de ensaios clínicos aleatorios.

A mesma recomendación fai fincapé en que xunto aos efectos beneficiosos con respecto á redución da mortalidade específica por cancro de mama, o cribado pode ter tamén efectos secundarios adversos para a poboación sometida ás probas. Así mesmo, afirma que as probas de cribado recomendadas só poden ofrecerse se están enmarcadas en programas:

- con carácter poboacional

- que contén cun aseguramento da calidade en todos os niveis asistenciais de diagnóstico, tratamento e seguimento
- en que se informe axeitadamente dos beneficios e dos riscos
- en que se dispoña de recursos axeitados para o cribado

A proba máis útil e accesible para realizar a detección dun tumor de mama antes de que se manifeste clinicamente é a mamografía. A realización periódica de mamografías de cribado a mulleres de 50 a 69 anos demostrou a súa eficacia na redución da mortalidade por cancro de mama. En mulleres máis novas non está claro o beneficio do cribado [4].

Resultados da revisión dos programas de cribado de cancro de mama europeos

Unha importante revisión dos programas de detección precoz de cancro de mama europeos confirma o beneficio do cribado en termos de mortes evitadas e amosa que este beneficio compensa o dano causado polo sobrediagnóstico (diagnóstico dun cancro de mama mediante o cribado que non se tería diagnosticado durante a vida da muller se no se tivese cribado).

Os resultados da revisión indican que por cada 1.000 mulleres de 50-69 anos cribadas cada dous anos, evítanse entre 7 e 9 mortes por este tumor (das 30 agardadas) e sobrediagnóstanse 4 casos de cancro de mama (a engadir aos 67 casos que se diagnosticarían sen o cribado).

A publicación revisa e sintetiza as publicacións, a partir de datos dos programas de cribado europeos, sobre beneficios (redución da mortalidade) e efectos adversos (sobrediagnóstico e falsos positivos) do cribado.

Esta revisión ten en conta a validez metodolóxica dos deseños e das análises estatísticas dos estudos (a principal causa da controversia sobre este cribado) e baséase en datos de programas de cribado europeos. Podería ser a información en base á cal as mulleres europeas deberían tomar a decisión de cribado.

Resumo dos resultados da revisión:

- Beneficios do cribado: os estudos metodoloxicamente máis válidos indican unha redución da mortalidade por cancro de mama do 25% -31% nas mulleres convidadas (e do 38%-48% para as mulleres que se criban).

(Nota: os estudos de tendencias da mortalidade teñen grandes limitacións para avaliar o efecto do cribado, polo que ten un valor moi limitado. Boa parte da controversia sobre a efectividade dos programas de cribado susténtase neste tipo de estudos).

- Sobrediagnóstico: a estimación máis plausible do sobrediagnóstico é do 6,5% (1% -10%). Diagnosticáanse un 6,5% máis de casos de cancro de mama dos que se terían diagnosticado sen cribado.

Esta estimación está moi afastada dos valores do 50% ou superiores de publicacións que empregan deseños de estudo e análise menos axeitados para o estudo deste resultado.

- Falsos positivos: o risco acumulado de falsos positivos dunha muller de 50/ 51 anos que se criba cada 2 anos ata os 68/69 anos é do 17% (para procedementos non invasivos e do 3% para procedementos invasivos (biopsias).

Presentado en forma de resumo para as mulleres europeas:

Por cada 1.000 mulleres cribadas bienalmente entre os 50/51 e os 68/69 anos (20 anos) e seguidas ata os 79 (o beneficio de cribar a unha muller de 68 anos pode tardar anos en manifestarse).

III. MISIÓN, VISIÓN, VALORES E OBXECTIVOS

Misión

Establecer as políticas, estratexias e actividades máis efectivas e eficientes no desenvolvemento de accións de promoción da saúde, detección temperá, diagnóstico oportuno, tratamento axeitado e de avaliación, co propósito de diminuír ao máximo a mortalidade por cancro de mama en Galicia.

Visión

No período 2013-2015, as distintas unidades con competencia da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, traballan de maneira coordinada nas accións de promoción, detección, diagnóstico, tratamento e avaliación do programa de cancro de mama, con políticas que faciliten o acceso aos servizos de saúde, con atención cordial e de calidade que se manifesta na satisfacción das usuarias e os seus familiares polos servizos recibidos e que prevén as mortes evitables por cancro de mama.

Obxectivos

Obxectivo xeral:

Reducir a mortalidade por cancro de mama nas mulleres de 50 a 69 anos de Galicia nunha porcentaxe do 25% aos seis anos da implantación completa do programa.

Obxectivos específicos:

- Manter unha participación por enriba do 75% das mulleres citadas.
- Asegurar o acceso a un diagnóstico definitivo a todas as mulleres ás que se lles recomenda unha valoración clínica adicional nos tempos axeitados.
- Manter e mellorar o sistema de información do programa de modo que permita a correcta avaliación dos indicadores preditores de impacto.

Poboación obxectivo

Ata o ano 2004 a poboación á que estaba dirixido o programa eran todas as mulleres residentes en Galicia de 50 a 64 anos. Seguindo as directrices da Unión Europea, a partir do 2005 o programa comezou a ampliación progresiva do grupo de idade ata os 69 anos, obxectivo que se acadou no ano 2009. O número de mulleres do grupo de idade 50-69 anos é, segundo o padrón municipal de habitantes en 2010, de 355.036.

Proba de cribado

A proba básica de cribado é a mamografía. Realízanse dúas proxeccións mamográficas (cranio-caudal e oblicuamediolateral) en cada mama.

Frecuencia do cribado

O cribado realízase cunha periodicidade de dous anos.

Sistema de divulgación

Ás mulleres obxectivo do programa envíaselles información del por carta, antes da citación persoal para a realización da proba mamográfica. Os coordinadores provinciais do

programa dos departamentos territoriais de Sanidade promoven o programa nos concellos. Para iso, manteñen reunións de presentación coas autoridades municipais, sanitarios locais, prensa e radio local, etc. Así mesmo, ofrécense charlas informativas a colectivos específicos e distribúense carteis e folletos informativos en farmacias e centros sanitarios e sociais da localidade.

Sistema de citación

A citación é persoal, envíase por carta de 10 a 15 días antes da cita, e nela especificase o lugar, día e hora en que debe acudir para a realización da proba mamográfica. Na mesma carta facilítase un número de teléfono para solicitar cambios de cita en caso necesario. Se a muller non acode, repítese a citación, tamén por carta. A relación de mulleres que hai que citar obtense do rexistro de tarxeta sanitaria e dos padróns municipais. Exclúense os erros (idade, sexo) e as situacións da muller que fan imposible a cita (falecidas, incapacitadas ou enderezo descoñecido). O único criterio de exclusión para a realización da mamografía de cribado é ter padecido un cancro de mama.

A programación das citas faise por municipio, de forma que se garanta a periodicidade de dous anos de cribado en cada concello (cun intervalo de \pm seis meses). Esta programación pódese consultar na páxina web da Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública: <http://dxsp.sergas.es>, que se actualiza cada seis meses. Comunicación dos resultados da mamografía de cribado. Se o resultado é negativo as mulleres reciben a información por carta personalizada, recoméndaselles seguir no Programa e convídaselles a repetir o estudo ao cabo de dous anos. No caso de que sexa necesario realizar unha valoración clínica adicional para chegar a un diagnóstico, infórmase por carta certificada e con xustificante de recepción. Na mesma carta facilítaselles unha cita para ser atendidas nunha unidade hospitalaria de diagnóstico e tratamento. Esta carta remítese tres días antes da cita. Ademais dous días antes da cita chámase á muller por teléfono para confirmala.

Información ás usuarias

O programa conta cun teléfono de atención directa para as súas usuarias, ao que poden dirixirse para informar sobre cambios de domicilio, recente empadramento e solicitar cambios de cita ou información. (Tel.: 981 14 14 14). Todas as mulleres que precisan ir ao hospital para a realización da valoración clínica adicional, dispoñen de dous teléfonos (881 54 18 95 e 881 54 18 97) cos que poden contactar no caso de precisar información ou cambio de cita no hospital.

IV. LIÑAS ESTRATÉXICAS, INDICADORES E CRONOGRAMA

Descrición da actual estrutura asistencial

A estrutura asistencial do programa operativo está formada polas seguintes unidades:

Unidades de exploración mamográfica

O programa iniciouse cunha unidade de exploración mamográfica, e progresivamente fóronse incorporando novas unidades. No ano 2005 o programa completou a súa expansión, contando desde ese momento con 13 unidades de exploración, 9 delas fixas e 4 móbiles.

O PXDPCM está iniciando o seu paso á tecnoloxía dixital e a finais do ano 2009 son tres as unidades que contan con mamógrafos destas características: unha das unidades fixas da

Coruña, a unidade do Hospital Gil Casares en Santiago e unha das unidades fixas da Casa do Mar en Vigo. Está previsto que nos próximos anos e de forma paulatina os mamógrafos dixitais substitúan aos analóxicos en todas as unidades de exploración.

Unidades de avaliación radiolóxica

A lectura das mamografías está centralizada en tres unidades de avaliación radiolóxica, formadas por radiólogos dos servizos de radioloxía dos seguintes hospitais: Complexo Hospitalario Universitario da Coruña (seis radiólogos), o Complexo Hospitalario de Pontevedra (seis radiólogos) e o Hospital Lucus Augusti, incorporado en febreiro do 2006 (catro radiólogos).

Unidades de diagnóstico e tratamento

Estas unidades están integradas polos hospitais da rede asistencial do Servizo Galego de Saúde. Contan cun comité de mama no que participan especialistas das diferentes áreas (radiólogos, xinecólogos, cirurxiáns, anatomopatólogos, oncólogos, radioterapeutas, etc).

Xestión e coordinación

A xestión das unidades de exploración mamográfica está centralizada na Unidade de Coordinación das Unidades de Exploración, situada na Xefatura Territorial de Sanidade da Coruña, que xunto cos coordinadores provinciais do Programa xestiona o circuíto e almacenamento das mamografías e coordina o persoal das unidades de exploración mamográfica. Desde a Unidade de Coordinación das Unidades de Exploración envíanse as cartas de presentación do programa, as cartas de cita ás unidades de exploración mamográfica, e por último as cartas ás mulleres con resultado negativo.

A coordinación das unidades de avaliación radiolóxica, das unidades de diagnóstico e tratamento e a coordinación xeral do programa está centralizada no Servizo de Programas Poboacionais de Cribado da Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, onde se xestionan as citas hospitalarias e se envían ao domicilio das mulleres por carta certificada, ademais de realizar a súa confirmación telefónica. Posteriormente grávase a información remitida polos hospitais.

Estratexias operativas e cronograma

A proposta básica supón manter as actuais nove unidades fixas existentes pero pasando a tecnoloxía dixital. Iso suporía a compra de 6 novos mamógrafos dixitais (na actualidade existen tres). Primariáse ademais o funcionamento destas unidades en dobre quenda de mañá e de tarde para rendibilizar o investimento neste tipo de mamógrafos.

Para poder prescindir das unidades móbiles precisaríase ampliar o número de unidades fixas, para o que propoñemos empregar as instalacións e equipamento dos 7 hospitais pequenos de Galicia que xa contan cun mamógrafo. Crearíanse así 7 novas unidades nas que se traballaría a tempo parcial segundo o número de usuarias da área sanitaria correspondente. Partimos de que a poboación diana do programa (mulleres residentes en Galicia de 50-69 anos de idade) é de 336.132 segundo a base de datos do propio programa e cada unha delas debe ser citada cada dous anos, polo que os cálculos fanse para dous anos.

Cada unidade de exploración ten capacidade para atender, cada dous anos, a unha poboación de 21.000 mulleres citadas nunha xornada laboral (explorando a 40 mulleres/día

cunha media de 218 días traballados ao ano e cunha participación aproximada do 83%, xa que cómpre contar coas repeticións por motivos técnicos e as recitacións precoces).

A repartición realizada supón que as 9 unidades fixas actuais traballen con xornada de mañá e que 8 delas deben tamén traballar en xornada de tarde, ben de forma continua (unha das dúas unidades da Coruña, unha das dúas de Vigo e a de Santiago) ou ben durante un determinado número de meses cada dous anos (6 meses a de Ferrol, 5 meses a de Lugo, 13 meses a de Pontevedra, 11 meses a outra unidade de Vigo e 14 meses a de Ourense).

Modelo alternativo

Desde o noso punto de vista, as vantaxes máis destacables deste modelo de funcionamento serían:

- Avanzar no proceso de integración do programa no sistema asistencial.
- Mellora da oferta dos hospitais comarcais: un novo servizo poboacional.
- O programa e o hospital compartirán os custos actuais e futuros derivados do paso da tecnoloxía analóxica á dixital.
- Melloras moi significativas na xestión de persoal e condicións laborais dos traballadores das actuais unidades móbiles.
- Diminución das “repentinadas” anulacións que son frecuentes no caso das actuais unidades móbiles, e as súas consecuencias para as usuarias do programa, para os traballadores das unidades, que deben recuperar o tempo perdido, e para os traballadores que xestionan as citas.
- Mellora a racionalización na utilización de recursos.
- Mellora na calidade asistencial percibida polas mulleres que ata agora se exploraban nas unidades móbiles. Respecto a este punto concreto, cabe sinalar que na enquisa de satisfacción que se realizou no ano 2008 ás mulleres que acudiran a explorarse a unha unidade móbil, un 24,2 % afirma que a solución de que a Consellería as citase nun centro de saúde con radioloxía aínda que non fose no seu mesmo concello sería mellor que acudir a unha unidade móbil. Esta porcentaxe foi do 7,3% na enquisa do ano 2005. Nestas enquisas, un 60,8% (2008) e un 67,3% (2005) acudirían igualmente, un 6,7 % (2008) e un 8,6 % (2005) acudirían só se a “Xunta pon un bus” e soamente un 4,4 % (2008) e un 3,5 % (2005) manifestan que non acudirían. Estes datos fálannos dunha progresiva tendencia a valorar mellor a atención nas unidades fixas.
- Permitiría asegurar a capacidade do programa para cumprir co seu compromiso de explorar a todas as mulleres residentes en Galicia cada dous anos. Neste momento a capacidade do programa, coa ampliación do grupo de idade, que se completa este ano 2009 e coas 13 unidades actuais atópase absolutamente no límite para poder atender este compromiso. A media de demora do programa atópase en 26,31 meses e este atraso vai en aumento. A demora é especialmente importante nalgunha unidade como a móbil N^o 2, que está en 28 meses.

Indicadores

A avaliación da implementación do plan realízase mediante a cumprimentación dunha serie de indicadores, cuantitativos e cualitativos, que midan os resultados.

O seguimento ou monitoraxe ha de efectuarse de forma continua ao longo da implantación do plan e vainos permitir “controlar” e “medir” en tempo real a evolución e

o desenvolvemento das estratexias; podendo corrixir e emendar posibles carencias na súa implantación, aprobando novas metas a partir dos resultados obtidos.

A avaliación permítenos medir os resultados e ver como estes van cumprindo os obxectivos específicos e liñas de actuación formuladas. A avaliación permite facer un “corte” nun certo tempo e comparar o obxectivo formulado coa realidade.

Para este seguimento e avaliación deseñáronse unha serie de indicadores, cuantitativos e cualitativos.

Táboa de indicadores

Para a avaliación dos obxectivos do plan propóñense os seguintes indicadores:

Indicadores
Indicador das Unidades de exploración
Indicador de citación por provincia
Indicador de control de citas acumulado nun periodo de tempo
Indicador das Unidades de diagnóstico
Indicador de tempos desde a exploración ata a lectura e envío de resultados
Indicador de Unidades de avaliación
Indicador de tempos desde a exploración ata que se cita no hospital

A descrición de cada un dos indicadores recóllese a continuación:

Denominación	Indicador das unidades de exploración
Fórmula	Nº de exploradas/nº de citas por Unidade de exploración
Definición	Nº de citas de primeira e segunda, nº de exploradas por día.
Tipo de indicador	De resultado
Dimensión	Efectividade
Fundamento/Xustificación	Permite comparar as distintas unidades de exploración
Poboación do indicador	Todas as posibles usuarias do programa, mulleres residentes en Galicia de 50 a 69 anos
Fonte de datos	Sistema de información do programa
Periodicidade	Trimestral
Estándares	Media de exploradas día entre 40 e 45 señoras por unidade

Denominación	Indicador de citación por provincia
Fórmula	Nº de exploradas/Citas válidas
Definición	Mide o número de citas nun periodo de tempo
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Efectividade
Fundamento/ Xustificación	Indica o número de citas válidas, participación e o motivo polo que unha señora non pode ser citada, pola súa situación, falecida, ausente, non quere, etc.
Poboación do indicador	Todas as citadas e exploradas
Fonte de datos	Sistema de información do programa
Periodicidade	Anual
Estándares	A participación deberá de superar o 70% e o ideal superior ao 75%

Denominación	Indicador de control de citas acumulado nun periodo de tempo
Fórmula	Nº de citas validas total nun periodo de tempo/total de citas da campaña
Definición	Mide o tempo que se tarda entre dúas campañas desde os 18 aos 30 meses
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Efectividade
Fundamento/ Xustificación	Xestión do programa
Poboación do indicador	Todos os pacientes sometidos a exploración
Fonte de datos	Sistema de información do programa
Periodicidade	Anual
Estándares	O tempo entre campañas deberá ser entre 20-28 meses no 90% das citas

Denominación	Indicador de Unidades de avaliación
Fórmula	Nº total de señoras positivas/nº total de exploradas
Definicións	Mide as cargas de traballo de cada unidade de avaliación (Unidade de lectura de resultado por parte dos radiólogos)
Tipo de indicador	Resultado
Dimensión	Efectividade
Fundamento/ Xustificación	Infórmanos do total de lidas nun periodo de tempo, así como de cada un dos resultados que poden dar. Como negativo, positivo, repeticións, etc.
Poboación do indicador	Todas as exploradas
Fonte de datos	Sistema de información do programa
Periodicidade	Trimestral
Estándares	Entre o 3 e 4 por cen

Denominación	Indicador de tempos desde a exploración ata a lectura e envío de resultados
Fórmula	Data de lectura-data de exploración, por unidade de avaliación
Definicións	Mide o tempo que se tarda no programa desde que se explora ata que se envían os resultados por unidade de lectura e periodo de tempo
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Efectividade
Fundamento/ Xustificación	Infórmanos do número de días que se tarda e indícanos a mediana e a media de días.
Poboación do indicador	Todas as señoras exploradas
Fonte de datos	Sistema de información do programa
Periodicidade	Anual
Estándares	Inferior a 10 días

Denominación	Indicador de tempos desde a exploración ata que se cita no hospital
Fórmula	Data de cita no hospital-data de exploración por unidade de diagnóstico
Definicións	Mide o tempo que se tarda en dar cita en cada un dos hospitais ás señoras que requiren unha proba complementaria
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Efectividade
Fundamento/ Xustificación	Infórmanos dos tempos de espera por hospital nesta patoloxía
Poboación do indicador	Todas as señoras positivas
Fonte de datos	Sistema de información do programa
Periodicidade	Anual
Estándares	Inferior a 30 días

Denominación	Indicador das Unidades de diagnóstico
Fórmula	Nº de señoras que acuden á unidade de diagnóstico/ nº de señoras citas á unidade de diagnóstico Nº de señoras positivas/nº de señoras exploradas
Definicións	Mide os resultados dos hospitais onde se fan probas complementarias das usuarias do programa, nun periodo de tempo
Tipo de indicador	Resultado
Dimensión	Efectividade
Fundamento/ Xustificación	Infórmanos do número de señoras que acuden e o resultado de cada unha delas.
Poboación do indicador	Todas as señoras positivas do screening
Fonte de datos	Sistema de información do programa
Periodicidade	Anual
Estándares	Nº de cancros detectados/nº de exploradas superior ao 3 por mil. Nº de señoras que acuden/nº de señoras citas superior ao 90 por cen

V. CONCLUSIÓNS

O PGDPCM iniciouse no ano 1992 e desde o ano 2005 mantén en funcionamento 13 unidades de exploración, delas 9 son unidades fixas, situadas en hospitais, outro tipo de establecementos sanitarios e Departamentos Territoriais de Sanidade e 4 son unidades móbiles que cobren a poboación rural.

Con 10 unidades de exploración (6 fixas e 4 móbiles) ata o ano 2005, para atender a unha poboación de 220.000 mulleres. A partir dese ano, con motivo da ampliación da idade da poboación obxectivo do programa, pasando de 64 a 69 anos, foi necesario o aumento de 3 unidades.

A razón de ser das unidades móbiles foi no momento en que se iniciaba a planificación deste programa; achegar o máis posible este novo e descoñecido servizo ás mulleres, aumentando a accesibilidade e, desta forma, asegurar a mínima participación necesaria para garantir a efectividade do programa.

Fronte a esta vantaxe, constátanse as serias dificultades que se xeran coa utilización destas unidades móbiles:

- Condicións para a espera e para realizar a enquisa de factores de risco.
- Existencia de barreiras arquitectónicas no acceso á propia unidade.
- Elevado número de días nos que non se pode traballar polos constantes traslados.
- Imposibilidade de traballar con conexión en rede á aplicación informática do programa.
- Problemática que xorde pola necesidade inmediata de cambio a tecnoloxía dixital.

Por outra parte, as propias unidades móbiles están a punto de completar a súa vida útil, posto que levan en funcionamento entre 14 e 16 anos, segundo a unidade, polo que nun prazo moi breve de tempo sería preciso proceder á súa substitución por outras unidades móbiles.

A nosa proposta supón manter as 9 unidades fixas, mellorándoas coa compra de 6 novos mamógrafos dixitais e eliminar as unidades móbiles.

Para poder prescindir das unidades móbiles precisaríase ampliar o número de unidades fixas, polo que propoñemos empregar as instalacións e equipamento dos 7 hospitais pequenos de Galicia que xa contan cun mamógrafo. Crearíanse así 7 novas unidades nas que se traballaría a tempo parcial segundo o número de usuarias da área sanitaria correspondente, quedando un total de 16 unidades de exploración.

Con esta proposta consideramos que:

- Mellora a calidade asistencial percibida polas mulleres que ata agora se exploraban nas unidades móbiles. Respecto a este punto concreto, cabe sinalar que na enquisa de satisfacción que se realizou no ano 2008 ás mulleres que acudiran a explorarse a unha unidade móbil, un 24,2% afirma que a solución de que a Consellería as citase nun centro de saúde con radioloxía, aínda que non fose no seu mesmo concello, sería mellor que acudir a unha unidade móbil. Esta porcentaxe foi do 7,3% na enquisa do ano 2005. Nestas enquisas, un 60,8 (2008) e un 67,3% (2005) acudirían igualmente, un 6,7% (2008) e un 8,6% (2005) acudirían só se a “Xunta pon un bus” e soamente un 4,4% (2008) e un 3,5% (2005) manifestan que non acudirían. Estes datos fálannos dunha progresiva tendencia a valorar mellor a atención nas unidades fixas. As mulleres sempre serán atendidas na súa área sanitaria.
- Permitiría asegurar a capacidade do programa para cumprir co seu compromiso de explorar a todas as mulleres residentes en Galicia cada dous anos. Neste momento a capacidade do programa, coa ampliación do grupo de idade, que se completa este

ano e coas 13 unidades actuais, atópase absolutamente no límite para poder atender este compromiso.

- Realizouse unha consulta exploratoria a xerentes das áreas comarcais, que amosaron a súa opinión favorable a este proxecto, no sentido de mellora considerable da calidade do Programa e que fai que sexa sostible e se manteña no tempo, sustentándose sobre estruturas fixas. Por outro lado, afirman que para os hospitais comarcais pode ser unha grande oportunidade de mellorar o parque de mamógrafos e de ofrecer maior calidade nesta prestación, que vai haber unha maior calidade percibida por parte das mulleres que actualmente empregan as unidades móbiles e que ademais os desprazamentos a estes hospitais nos respectivos municipios están totalmente asimilados por ser xa práctica habitual. Cualifican a iniciativa de moi interesante presentando o principal reto en solucionar os problemas de dotación e persoal para facer efectiva esta nova operativa do programa.
- Mellora a racionalización na utilización de recursos da Comunidade Autónoma.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Resultados 1992-2010. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. http://www.sergas.es/cas/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/CancroMama/Informe%20programa%20cancer%20de%20mama%201992-2010_es.pdf (17/04/2013)
- Programa de Prevención del Cáncer de Mama de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. <https://www.murciasaude.es/recursos/ficheros/66505-ProgramaPrevencionCancerMama.pdf>. (17/04/2013)
- Programa de Prevención del Cáncer de Mama de la Comunitat Valenciana. http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=865619799. (17/04/2013)
- Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Mamario. México. <http://www.saude.gob.mx/Unidades/cdi/documentos/DOCSAL7105.pdf>. (17/04/2013)
- Plan nacional de prevención, control y seguimiento del cáncer de mama 2009-2015. Bolivia. <http://www.sns.gob.bo/institucional/redees%20y%20calidade/PLAN%20NACIONAL%20DE%20PREVENCION%20CONTROL%20Y%20SEGUIMIENTO%20DE%20CANCER%20.pdf>. (17/04/2013)
- Programa de detección precoz del cáncer de mama en Asturias. http://www.asturias.es/Astursaude/Ficheros/AS_SESPA/AS_Assistencia%20Sanitaria/PDPCMA-GUIA%20RAPIDA.pdf. (17/04/2013)
- Martínez Cantarero, J. F.; Polanco Sánchez; Naranjo García; Del Liaño Señarís, J. E. e Carreira Gómez, C. 2006. Valoración económica de la mamografía digital vs convencional. Rev. Esp. Econ. Salud; 5(4):230-240. http://www.economia.doasaude.com/edicions/54/08_pdf/OriginalesMamografia.pdf. (18/04/2013)
- Programa de detección precoz del cáncer de mama. Cataluña. http://www20.gencat.cat/portal/site/cancer/menuitem-m_301c31137848581ed91cb318b0c0e1a0/?vgnextoid=4e1f54ad6020a310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=4e1f54ad6020a310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default. (18/04/2013)
- Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama. Andalucía. http://www.juntadeandalucia.es/saude/sites/csaude/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/cancer_mama_v3?perfil=org
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México. <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-mama/mision-y-vision.html>