

Plan integral de atención a la mujer



Plan integral de atención a la mujer



Edita: Instituto Nacional de la Salud
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa
C/ Alcalá, 56
28014 Madrid

Depósito Legal: M-39.935-1998
ISBN: 84-351-0292-0
NIPO: 352-98-035-0
N.º Pub. INSALUD: 1.719
Diseño de cubierta: Enrique Sánchez - Maroto M.

Imprime: ARTEGRAF, S.A.
Sebastián Gómez, 5
28026 Madrid

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Dirección General de Atención Primaria y Especializada

Plan integral de atención a la mujer

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA
Madrid, 1998

COORDINACIÓN GRUPO DE TRABAJO

D. RAFAEL MATESANZ ACEDOS

Director General de Atención Primaria y Especializada

GRUPO DE TRABAJO

D. JAVIER DODERO DE SOLANO

Subdirector General de Atención Primaria

D.^a PALOMA ALONSO CUESTA

Subdirectora General de Atención Especializada

D. JOSÉ IGNACIO FLORES

Subdirector General de Concursos

D.^a MARTA AGUILERA GUZMÁN

Jefa Área Subdirección General de Atención Primaria

D.^a ALMUDENA LÓPEZ MARTÍN

Adjunta Dirección

AGRADECIMIENTOS

Por sus valiosas aportaciones, sugerencias y críticas realizadas por las siguientes Instituciones:

Consejerías de Sanidad de las CC.AA. del ámbito territorial de INSALUD.

Consejo General del INSALUD.

Agencia Evaluación Tecnologías Sanitarias.

Sociedad E. de Ginecología y Obstetricia.

Sociedad E. de Radiología Médica.

Sociedad E. de Medicina de Familia y Comunitaria.

Sociedad E. de Medicina General.

Sociedad E. de Medicina Rural y Generalista.

Sociedad E. de Cirugía General.

Sociedad E. de Oncología Radioterápica.

Sociedad E. de Oncología Médica.

Sociedad E. de Anatomía Patológica.

Sociedad E. de Anestesiología y Reanimación.

Sociedad Nacional de Matronas.

Colegios Oficiales.

Sindicatos.

Profesionales de los Centros del INSALUD.

ÍNDICE	Págs.
PRÓLOGO	9
INTRODUCCIÓN	11
I. PREVENCIÓN DE CÁNCER GINECOLÓGICO	15
I.1. Detección Precoz de Cáncer de Mama	17
I.2. Detección Precoz de Cáncer de Endometrio	31
I.3. Detección Precoz de Cáncer de Cérvix	35
II. ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	41
III. INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	51
IV. ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO	59
ANEXO I	67
ANEXO II	73
BIBLIOGRAFÍA	79

PRÓLOGO

Desde hace unos años asistimos a una creciente preocupación de las Instituciones y de la Sociedad en general por mejorar la salud de la mujer.

Es cierto que el Sistema Sanitario Público garantiza un elevado nivel de calidad y aborda todas las contingencias asistenciales que pueda necesitar la mujer, pero pensamos que podría avanzarse en una concepción más integral de la salud de la mujer, abarcando aspectos preventivos y de promoción de la salud instaurando, canalizando o reforzando algunos servicios que prácticamente solo se daban de manera testimonial.

Esta inquietud coincidió con una iniciativa de las Organizaciones Sociales del Consejo General del INSALUD proponiendo se elaborara un programa específico dirigido a la mejora de la salud de la mujer.

Aceptada tal iniciativa se diseñó un Plan que abarcara las diferentes etapas del ciclo biológico de la mujer introduciendo acciones concretas e instaurando aspectos organizativos para su desarrollo.

La labor llevada a cabo por la Dirección General de Atención Primaria y Especializada para su elaboración, ha sido cuantiosa, habiendo estado respaldada por el propio Consejo General y asesorada y orientada por la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, cuyos directivos y técnicos han prestado toda su colaboración en la confección del Plan Integral de Atención a la Mujer.

Igualmente se ha contado con las aportaciones y observaciones de las Sociedades Científicas, cuyos profesionales están involucrados en el desarrollo y aplicación del Plan y asimismo con la opinión y criterio de todos los equipos directivos de los Centros del INSALUD, y de múltiples organizaciones sociales y profesionales. A todos agradecemos sus comentarios que en parte han sido introducidos en el Plan.

Es de particular importancia reseñar la colaboración mantenida con las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas de ámbito territorial del INSALUD, sobre todo en la articulación y desarrollo de uno de los programas más trascendentes del Plan, cual es el de Detección Precoz del Cáncer de Mama.

Una vez diseñados y articulados todos los procedimientos y circuitos, han comenzado a desarrollarse los distintos Programas que integran el Plan de Atención a la Mujer.

Para su completa implantación necesitamos, como en cualquier otra faceta, la implicación de los profesionales del INSALUD que han de llevarlo a cabo, a los que de antemano reconocemos el esfuerzo que, sin duda, dedicarán en su quehacer cotidiano.

Confiamos y esperamos que este Plan sirva para mejorar el bienestar físico y el estado de salud de la mujer, único objetivo del mismo.

Alberto Núñez Feijoo
Presidente Ejecutivo INSALUD

INTRODUCCIÓN

Las diferentes etapas biológicas en la mujer determinan unas necesidades y demandas específicas de los servicios sanitarios, con independencia de las prestaciones que se realizan a la población general. Siguiendo la etapa biológica de la mujer, las necesidades en salud que deben dar respuesta los servicios sanitarios son: el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para una adecuada planificación familiar que evite embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo, las relacionadas con la atención al embarazo, parto y puerperio, la detección y atención precoz del cáncer ginecológico y la atención al climaterio.

Debido a estas necesidades, la atención a la salud de la mujer se desarrolla fundamentalmente en aspectos **preventivos** y de **promoción** de la salud, sin menoscabo de la atención curativa y rehabilitadora de los problemas de salud detectados.

Resulta necesario poner de relieve que el Sistema Sanitario tiene el mayor interés en **fomentar** estas acciones de impulso a programas que contribuyen a la salud de la mujer. Para ello se plantea por un lado optimizar los recursos y estructuras ya existentes, y por otro, implementar acciones específicas en aquellos aspectos aún no bien desarrollados. Por estos motivos, el INSALUD ha decidido elaborar e implantar el Plan Integral de Atención a la Mujer en su ámbito de influencia.

Con este plan el INSALUD se propone en primer lugar, englobar, cuantificar y ordenar las acciones que tradicionalmente se vienen enmarcando como de «atención a la mujer» para mejorar la calidad de la atención y, ade-

más, potenciar determinadas actuaciones - desde ambos niveles asistenciales, Primaria y Especializada- para llegar a dar una mayor cobertura.

En resumen, este plan pretende:

- **Impulsar** las acciones que ya se vienen realizando por los Centros del INSALUD.
- **Reforzar y ampliar** algunos servicios que pudieran ser deficitarios.
- Presentar de manera **integral** el conjunto de acciones y dispositivo del Sistema Público en beneficio de la Salud de la Mujer.

El Plan Integral de Atención a la Mujer se incorpora a los **Objetivos Generales de INSALUD** y en consecuencia se incluye en los respectivos **Contratos de Gestión de Atención Primaria y Atención Especializada**. Para que este plan pueda llevarse a cabo, son necesarias la colaboración y coordinación con otras instituciones que vienen realizando o tienen en proyecto, programas específicos, fundamentalmente en la detección precoz de cáncer de mama. Con este motivo, se ha solicitado la colaboración de las Comunidades Autónomas y se han suscrito convenios en relación con el cáncer de mama entre ambas instituciones.

El Plan Integral de Atención a la Mujer se impulsará progresivamente en los dos próximos años y posteriormente, se irán consolidando las actuaciones. El Plan está constituido por las siguientes acciones, aunque serán prioritarias las relacionadas con cáncer de mama y analgesia epidural:

I. PREVENCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO:

- I.1. MAMA
- I.2. ENDOMETRIO
- I.3. CERVIX.

II. ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

III. INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, especialmente en la prevención de embarazos no deseados en adolescentes.

IV. ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO.

De acuerdo con los diferentes programas que el Plan integra y según la edad de la mujer, las actuaciones se dirigirán a:

Edad	Programa
Mujeres de 15 a 34 años	Información y Seguimiento de Anticonceptivos
Mujeres de 35 a 49 años	Información y Seguimiento de Anticonceptivos Detección Precoz de Cáncer de Cervix
Mujeres de 50 a 64 años	Detección Precoz de Cáncer de Mama Detección Precoz de Cáncer de Endometrio Detección Precoz de Cáncer de Cervix Atención al Climaterio

El plan sigue el siguiente esquema:

- Situación actual del proceso/enfermedad
- Atención actual que presta el INSALUD
- Objetivos
- Población diana (referida a la base de datos de tarjeta sanitaria individual)
- Actuaciones
- Organización y Gestión
- Costes (referidos a los dos primeros años)
- Evaluación.

Para la organización y gestión del Plan, así como para garantizar el seguimiento y evaluación, se designarán:

- Un Responsable Provincial, nombrado por el Director Provincial del INSALUD, con funciones de coordinación de las Áreas de Salud de su ámbito. Así mismo, le corresponderá la coordinación del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama con el Responsable Provincial, designado por la Comunidad Autónoma.
- Un Coordinador de Atención Primaria y un Coordinador de Atención Especializada en cada Área de Salud, que ejercerán la dirección técnica

del Plan y serán designados por la Comisión Paritaria de Área, a la que informarán al menos trimestralmente.

Así mismo, con el fin garantizar los aspectos científico-técnicos del Plan, se constituirá un Comité Técnico con representantes de las Sociedades Científicas, cuya funciones serán: análisis de los resultados de las evaluaciones anuales y propuestas de modificaciones a la Dirección General de Atención Primaria y Especializada.

I. Prevención de cáncer ginecológico

I. PREVENCIÓN DE CÁNCER GINECOLÓGICO

I.1. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

I.1.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENFERMEDAD

La importancia del presente programa viene dada por la tendencia creciente que presenta en España tanto la incidencia como la mortalidad por cáncer de mama. Su incidencia varía entre 40 y 75 por 100.000 mujeres, siendo el tumor maligno más frecuente en la población femenina española. El cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, con una tasa de mortalidad de 28,2 por 100.000 mujeres, lo que representa el 18,4% del total de muertes por cáncer en mujeres y el 26% de las pérdidas de años por vivir antes de los 65. La probabilidad actual de que una mujer española adquiera un cáncer de mama antes de cumplir 75 años se aproxima a un 5%. Esto significa que una de cada 20 mujeres desarrollará un cáncer de mama antes de esa edad.

En la actualidad no se conocen medios efectivos para la prevención de esta patología. Los factores de riesgo más universalmente admitidos son menarquia a edad temprana, menopausia a edad tardía, nuliparidad o primer embarazo a término tardío, historia familiar de cáncer de mama y algunas enfermedades mamarias de tipo benigno. Todos ellos son factores de riesgo difícilmente modificables. Esta situación convierte al diagnóstico precoz y al tratamiento adecuado en los instrumentos fundamentales para el control de esta localización tumoral.

Se ha demostrado mediante ensayos controlados en diferentes lugares del mundo que la realización periódica de mamografía puede producir una disminución en la mortalidad por cáncer de mama. El grupo de edad que más puede beneficiarse, en términos de coste-efectividad, de la introducción de los programas de cribaje mediante mamografía con periodicidad bienal es el de mujeres comprendidas entre 50 y 64 años, ya que la reducción de mortalidad por cáncer de mama observada en grupos de estudio de mujeres en este tramo de edad, se aproxima a un 30%. Para llegar a este impacto en la mortalidad por cáncer de mama en la población, es necesario garantizar un grado de participación al menos del 70% en el programa de detección precoz. Así mismo, la detección precoz puede evitar tratamientos agresivos y en ocasiones mutilantes con importante deterioro de la calidad de vida.

Se han descrito factores que influyen en la decisión de la mujer a participar en este tipo de programas como son: el nivel de estudios, el estatus socioeconómico, el estado civil, la actitud hacia su propia salud, los antecedentes familiares de cáncer de mama, el miedo a descubrirlo, la actitud de su médico de cabecera, etc. Según diversos estudios, el médico de cabecera juega un papel significativo para lograr un grado de participación elevado. Por este motivo, Atención Primaria debe ser una pieza clave en este tipo de programas.

1.1.2. ATENCIÓN ACTUAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

La Cartera de Servicios de Atención Primaria viene recogiendo desde el año 1993 la detección precoz del cáncer de mama mediante la captación activa de la población susceptible de ser incluida en este servicio (se seleccionó entonces al grupo de mujeres comprendidas entre 50 y 74 años). En 1997, se ha logrado una cobertura de 385.368 mujeres, que representa un 19,5%.

En Atención Especializada el número de mamografías realizadas en 1997 fue de 328.207.

En el ámbito de gestión del INSALUD, varias Comunidades Autónomas disponen de programas en marcha o en proyecto y cubren total o parcialmente la población diana de su territorio.

Existen, sin embargo, marcadas variaciones en cuanto a la organización y desarrollo de los citados programas, tanto en su aspecto clínico como administrativo. La inadecuada coordinación entre el INSALUD y las CC.AA. para la realización de estos programas conlleva duplicaciones innecesarias, burocratización, molestias a la mujer, falta de previsión y demoras en las citas de determinadas especialidades, etc. que pueden generar una notable angustia en las mujeres con sospecha de patología.

Para evitar todos estos problemas, es absolutamente imprescindible la coordinación organizativa y asistencial de todas las instituciones implicadas en la detección precoz del cáncer de mama. Por ello, se han suscrito convenios con la mayoría de las Comunidades Autónomas y el INSALUD, recogándose el convenio tipo en el Anexo de este documento.

I.1.3. OBJETIVOS

- Disminuir la mortalidad por cáncer de mama.
- Mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.
- Contactar con el 80% e incluir al menos el 75% de la población de mujeres de 50 a 64 años en el programa de detección del cáncer de mama, durante los dos próximos años, mediante la unificación de todos los recursos destinados a tal fin por las diferentes Instituciones.
- Incrementar la detección precoz de carcinomas en estadios iniciales.

I.1.4. POBLACIÓN DIANA

- Mujeres de 50 a 64 años residentes en el territorio INSALUD, que supone un total de 1.156.757 mujeres. En el Tabla I se refleja la población por Áreas de Salud y Comunidades Autónomas en función de la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual.

Este Programa no afecta a las actuaciones que se vienen realizando a las mujeres con factores de riesgo y que no estén incluidas en la población diana.

I.1.5. ACTUACIONES

I.1.5.1. Información a los profesionales de los Centros de Salud y Hospitales del ámbito del INSALUD (responsabilidad de INSALUD)

Para lograr un elevado grado de participación y adhesión al programa, es necesario una actitud favorable de los profesionales involucrados en el mismo, debiendo ser conscientes de la importancia de la información a las mujeres, así como de que el grado de adhesión depende de la garantía de atención en tiempo y forma.

I.1.5.2. Difusión del programa en los medios de comunicación (responsabilidad de Comunidad Autónoma e INSALUD)

Para lograr un grado de participación elevado, además de la información que puedan recibir las mujeres a través de los profesionales sanitarios, es importante la sensibilización mediante los medios de comunicación social (prensa, radio y televisión). La información debe ser veraz, sin dramatismo, transmitiendo un mensaje esperanzador, provocando el interés de la mujer por su propia salud y estableciendo claramente los beneficios del cribado para el tramo de edad seleccionado en el programa.

I.1.5.3. Captación (responsabilidad del Coordinador del Programa en Atención Primaria de INSALUD)

La captación se realizará a través de la base de datos de tarjeta sanitaria. El médico de cabecera depurará el listado, comprobando que las mujeres que figuran en el mismo son:

- ◆ De nueva incorporación, asegurándose que no han sido estudiada en el último año y
- ◆ Aquellas incluidas en programa y que en la actualidad les corresponde la realización de su mamografía bienal.

El listado, una vez depurado, será remitido desde los Centros de Salud al Coordinador del Programa de Atención Primaria y éste a su vez remitirá el listado de la totalidad del Área al Responsable Provincial de INSALUD. Este último remitirá los listados de todas las Áreas al Responsable de la Unidad de Gestión del Programa de la Comunidad Autónoma.

I.1.5.4. Citación (responsabilidad de la Unidad de Gestión)

Previamente a la citación, la organización del screening será acordada por los responsables provinciales de la Comunidad Autónoma e INSALUD, de tal manera que se garantice la confirmación diagnóstica en 15 días desde el resultado del screening.

La citación se realizará por la Unidad de Gestión mediante carta de invitación personal a la mujer, indicándole la fecha y hora tentativa para la realización de la mamografía, acompañando folleto explicativo del programa. El n.º de citaciones se realizará en base a la factibilidad del nivel especializado para dar respuesta de confirmación diagnóstica en 15 días y respuesta terapéutica en 30 días en los casos que proceda.

Una semana antes de la realización de la mamografía, se confirmará la cita telefónicamente por la Unidad de Gestión.

I.1.5.5. Realización de cribado (responsabilidad de C.A./INSALUD)

La Comunidad Autónoma e INSALUD en la proporción que se especifique en los convenios correspondientes, se responsabilizan de la realización de mamografías de screening con medios propios o concertados para alcanzar en los dos primeros años una cobertura del 75% de la mujeres de 50-64 años.

El INSALUD se responsabiliza de la realización de mamografías de screening en aquellas mujeres no incluidas en el tramo de edad pero con factores de riesgo.

Se recogerán los datos administrativos en la ficha de «Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama» por un auxiliar administrativo de la Unidad que realiza el test de cribado.

Test de cribado

En la sala de mamografía, el Técnico Radiólogo realizará la mamografía con doble proyección (craneocaudal y oblicua-mediolateral) si es la primera vez y, con proyección única (oblicua-mediolateral) en las sucesivas.

Una vez reveladas las mamografías, se comprobará su calidad, repitiendo la prueba si no es satisfactoria. Se indicará a la mujer

que en el plazo de dos semanas recibirá los resultados a través de su médico de cabecera.

Las mamografías serán leídas por dos radiólogos de forma independiente. Los resultados se remitirán a la Unidad de Gestión. La Unidad de Gestión se responsabilizará del archivo y control de las mamografías.

I.1.5.6. Actuación asistencial (responsabilidad de Atención Primaria y Atención Especializada de INSALUD)

La Unidad de Gestión remitirá los resultados a los Coordinadores del Programa de Atención Primaria de cada Área, que los enviará a los Centros de Salud respectivos, con el fin de que el médico de cabecera informe a la mujer del resultado del cribado.

La actuación asistencial, en función del resultado, será la siguiente:

- Si el resultado es «mamografía normal», el médico de cabecera se lo comunica a la mujer, recordándole que debe volver a realizar su mamografía de control a los dos años.
- Si el resultado es de «patología mamaria no sospechosa de cáncer», el médico valorará su situación clínica, derivando a la mujer, si procede, a la consulta de especializada.
- Si el resultado es de «sospecha de cáncer de mama», el Coordinador de Atención Primaria solicitará citación urgente al Coordinador de Atención Especializada para la confirmación diagnóstica y, simultáneamente, para la consulta de mama en fecha posterior, calculándose ésta según el intervalo preciso para conocer los resultados de las pruebas realizadas. De esta manera, se acortará el tiempo de espera entre el resultado patológico de la mamografía, el diagnóstico de certeza y la decisión terapéutica. Posteriormente, el Coordinador de Atención Primaria remitirá los resultados junto con las citaciones en Atención Especializada a los respectivos Centros de Salud, con el fin de que el médico de cabecera informe a la mujer y le comunique la fecha de las citaciones en Atención Especializada.

Este circuito tiene que estar garantizado por todas las instituciones involucradas, debiendo no exceder en ningún caso 48 horas desde la obtención del resultado del screening.

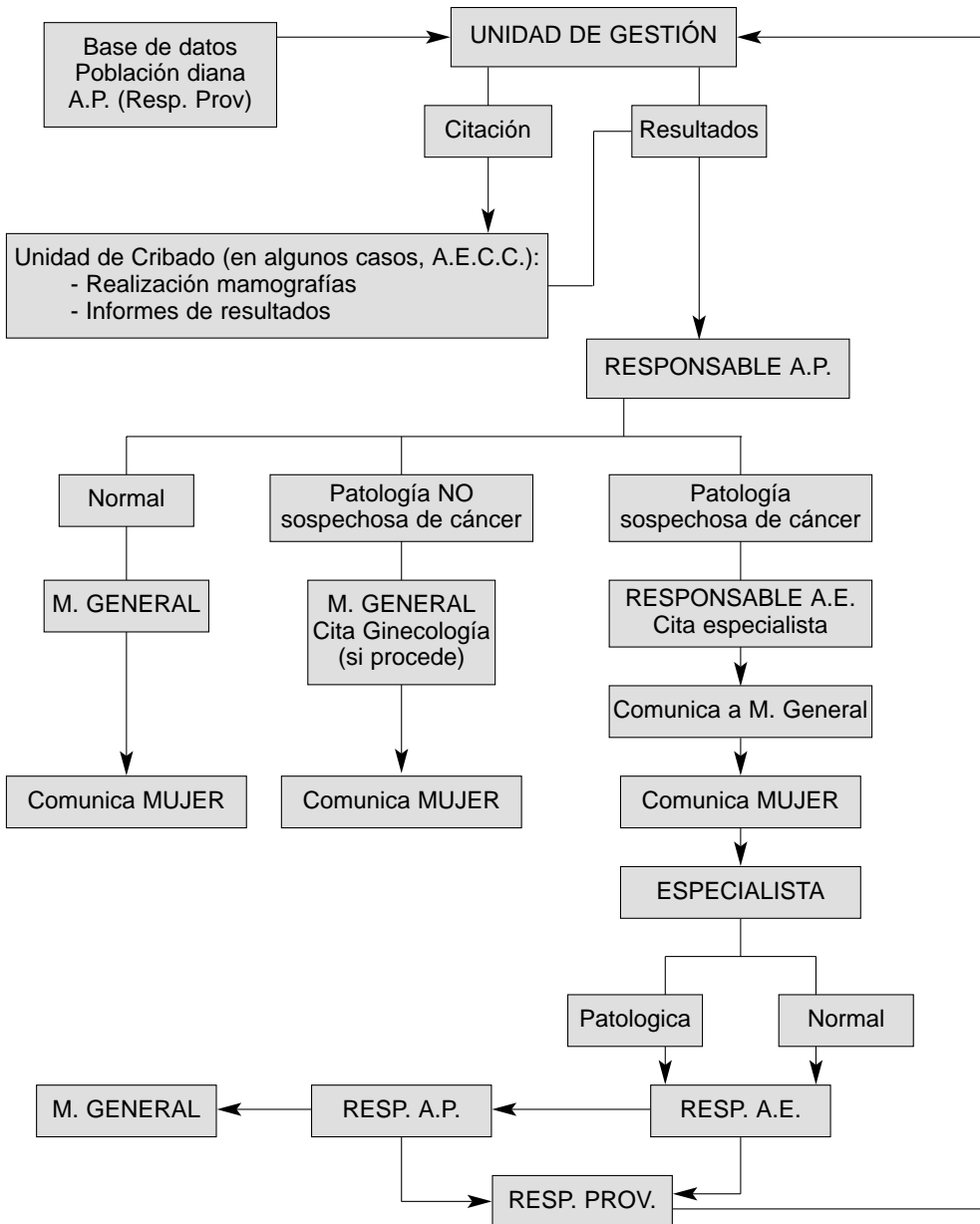
I.1.5.7. Confirmación diagnóstica y Plan terapéutico (responsabilidad Atención Especializada de INSALUD)

En el servicio de Atención Especializada que establezca cada hospital, la confirmación diagnóstica: estudio completo (proyecciones adicionales, ecografía,...) y de citología/histología y/o biopsia de la lesión sospechosa y, en su caso, la terapia y seguimiento, se realizarán de acuerdo a los protocolos elaborados en base a los criterios que establezca la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, en colaboración con las Sociedades Científicas involucradas. Deberá potenciarse, en los casos que proceda, el uso de técnicas conservadoras con respecto a las técnicas radicales.

TABLA I. Población de mujeres de 50 a 64 años (según base de Tarjeta Sanitaria Individual) por Áreas de Salud y Comunidades Autónomas

Área de Salud	Mujeres de 50-64 años	Área de Salud	Mujeres de 50-64 años
Huesca	15.177	Ávila	12.368
Teruel	10.674	Burgos	25.480
Zaragoza I	41.631	León	28.716
Zaragoza II	25.038	Ponferrada	12.517
ARAGÓN	92.520	Palencia	12.595
Jarrio	5.026	Salamanca	26.434
Cangas de Narcea	3.063	Segovia	10.106
Avilés	14.181	Soria	6.867
Oviedo	25.462	Valladolid I	15.848
Gijón	25.976	Valladolid II	22.769
Arriendas	4.543	Zamora	16.841
Mieres	6.556	CASTILLA Y LEÓN	190.541
Sama	7.398	Badajoz	35.729
ASTURIAS	92.205	Don Benito	10.729
Mallorca	44.125	Cáceres	13.508
Menorca	4.742	Plasencia	16.680
Ibiza	5.697	EXTREMADURA	76.646
BALEARES	54.564	Madrid I	50.029
Santander	26.757	Madrid II	30.449
Torrelavega	12.320	Madrid III	17.772
CANTABRIA	39.077	Madrid IV	46.034
Albacete	25.300	Madrid V	44.889
Ciudad Real	20.503	Madrid VI	26.310
Puertollano	6.668	Madrid VII	43.847
Alcázar de San Juan	8.022	Madrid VIII	27.914
Cuenca	15.211	Madrid IX	20.627
Guadalajara	10.103	Madrid X	18.603
Toledo	25.362	Madrid XI	59.301
Talavera de la Reina	10.567	MADRID	385.775
CASTILLA LA MANCHA	121.736	Murcia	48.795
LA RIOJA	20.650	Cartagena	18.213
CEUTA	3.527	Lorca	9.396
MELILLA	3.112	MURCIA	76.404
TOTAL INSALUD	1.156.757		

Gráfico I. Circuito para el cribado



I.1.6. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Dadas las características del Sistema Sanitario en nuestro medio, son varias las instituciones que deben intervenir en la realización de este programa. Por ello se han establecido convenios entre el INSALUD y las distintas Instituciones de forma que se acuerde el apoyo explícito y formalizado al programa, de cada una de ellas.

Para garantizar el éxito del programa, se ha constituido la siguiente estructura organizativa:

- Unidad de Gestión del Programa, cuyo responsable será designado por la Comunidad Autónoma. En aquellos casos en que la Comunidad Autónoma no pueda asumir en su totalidad la constitución de esta Unidad, quedará integrada por recursos de ambas instituciones (C.A./INSALUD), siendo la responsabilidad compartida.
- Responsable Provincial de INSALUD, designado por el Director Provincial. Sus funciones serán fundamentalmente: coordinación de las Áreas de Salud del ámbito provincial y la coordinación con el responsable del Programa a nivel provincial designado por la Comunidad Autónoma.
- Coordinadores del Programa de Área en Atención Primaria y Atención Especializada, designados por la Comisión Paritaria de Atención Primaria-Atención Especializada de Área del INSALUD.
- En caso de que se concierte el test de cribado con otro organismo o institución, se designará un responsable por parte del mismo.

Para garantizar el éxito del programa, **la coordinación interterritorial** se realizará a dos niveles, un nivel institucional y un nivel técnico:

- El nivel institucional se articulará en torno a un **Comité Directivo del Programa** en el que estarán representadas todas las instituciones participantes. Tomará las decisiones relevantes y garantizará el cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las instituciones colaboradoras. Este comité estará constituido:
 - por parte de INSALUD, el Director General de Atención Primaria y Especializada del INSALUD y los Directores Territoriales

- por parte de las Comunidades Autónomas, los Directores Generales de Salud
- Representante de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC).
- El nivel técnico se integrará en un **Comité Ad hoc a los técnicos cualificados** en las diferentes especialidades involucradas en el programa. Este comité desempeñará tareas de apoyo técnico y de asesoramiento al comité directivo del programa.

La coordinación a nivel autonómico se articulará en torno a un Comité Paritario Autonómico del Programa, constituido:

- Por parte de la Comunidad Autónoma, los Responsables Autonómicos y provinciales del Programa
- Por parte del INSALUD, los responsables provinciales del Programa.

Previamente a la implantación del programa en cada Dirección Provincial y/o área sanitaria se establecerá un protocolo que recoja como se articula la coordinación entre Instituciones, profesionales y niveles asistenciales debiendo garantizarse un seguimiento de cada una de las pacientes de forma que la confirmación de diagnóstico y los tratamientos se realicen de acuerdo a las pautas especificadas en este Programa y con la menor demora posible, registrándose toda la información en este proceso.

Para la definición de los protocolos radiológico, diagnóstico y terapéutico se utilizará como base el documento de cribado poblacional de cáncer mediante mamografía elaborado por la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias y los criterios de confirmación diagnóstica y terapéutica que se elaboren en los próximos meses. La adaptación de estos criterios a la realidad de cada área sanitaria y/o provincia y CC.AA. se efectuará mediante grupos de trabajo específicos que funcionen temporalmente en la fase de elaboración del protocolo y puesta en marcha de las actividades.

I.1.7. COSTES

Los recursos destinados por cada una de las instituciones que realizan las actividades de cribado se recogen en los convenios entre INSALUD y las diferentes Comunidades Autónomas.

Las actividades de cribado suponen un coste estimado de 1.758.366.000 pesetas en los dos primeros años, asumido conjuntamente por INSALUD y Consejerías.

Las actividades de confirmación diagnóstica y tratamiento del cáncer de mama supone un total de 942.358.127 ptas para los dos primeros años más de lo que actualmente gasta el INSALUD, ya que se espera aumentar la detección precoz.

Las restantes actividades incluidas en el programa se han valorado económicamente en unos 450 millones (apoyo administrativo, teléfono, papelería, vídeo informativo, difusión en medios de comunicación...).

Por lo tanto, el coste adicional de la puesta en marcha del programa alcanzará 3.150.724.127 pesetas.

I.1.8. EVALUACIÓN

Periodicidad

Se realizará con periodicidad anual.

Grado de Captación

Respuesta de la población. Proporción de mujeres de 50 a 64 años que son invitadas a participar en el programa, es decir, mujeres de 50 a 64 años según base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual a las que se les ha remitido carta de invitación para participar en el programa. Se contabilizarán las mujeres que ya están incluidas en el servicio de Detección Precoz de Cáncer de Mama de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y aquellas que se encuentran en las listas de espera hospitalarias. Se excluirán aquellas mujeres con algún motivo justificado: fallecimiento, cambio de domicilio, mastectomizadas e inmovilizadas.

Se espera una respuesta de la población del 80% en los dos primeros años (1.ª vuelta de detección).

Grado de Cobertura

Proporción de mujeres de 50 a 64 años a las que se les ha realizado mamografía de cribado. Se incluirán las mujeres de 50 a 64 años de las

que se tenga constancia de haberse realizado una mamografía de cribado en el año anterior.

Se espera una respuesta del 75% en los dos primeros años (1.^a vuelta de detección).

Adherencia al programa

Proporción de mujeres de 50 a 64 años que acuden a estudios sucesivos con periodicidad bienal sobre aquellas que acudieron por primera vez.

Se espera una adherencia de al menos un 75% en las dos primeras vueltas (cuatro años desde la implantación del programa).

Mamografías repetidas por técnica

Número de mamografías repetidas por técnica sobre el total de mamografías realizadas anualmente.

Intervalos de tiempo entre realización de mamografía de cribado y comunicación resultado al Responsable de Atención Primaria

Este intervalo no podrá ser superior a 15 días.

Intervalo de tiempo entre detección sospecha de cáncer de mama y solicitud de cita a unidad de confirmación

Este intervalo no podrá ser superior a 48 horas.

Intervalo de tiempo entre detección sospecha de cáncer de mama y confirmación diagnóstica

Este intervalo no podrá ser superior a 15 días.

Intervalo de tiempo entre detección sospecha cáncer de mama y tratamiento

Este intervalo no podrá ser superior a 30 días.

Calidad de lectura

Proporción de mujeres remitidas al nivel especializado por sospecha de cáncer de mama.

Se estima un 7% de mujeres remitidas al nivel especializado para completar estudio y que al 1,2% de las mujeres remitidas se les realizará biopsia.

Como control de la calidad de lectura, se realizará una evaluación externa anual sobre una muestra de mamografías de cribado realizadas durante el año previo. Para esta evaluación se designarán dos radiólogos externos a la unidad de cribado, y se analizará el grado de concordancia entre los radiólogos que realizaron la lectura del cribado y los radiólogos externos.

Calidad de indicación de la biopsia

Proporción de biopsias negativas sobre positivas. Se considera óptimo una biopsia negativa por cada biopsia positiva.

Criterios de evaluación de resultados

Aunque la disminución de la mortalidad por cáncer de mama (objetivo general del programa) no se detectará hasta transcurridos cinco a diez años desde el inicio del programa de cribado, hay indicadores indirectos a corto plazo que orientan sobre la repercusión del programa en la mortalidad.

Entre los indicadores a corto plazo para la evaluación de resultados están:

- Tasa de detección de cáncer de mama. Esta tasa de detección debe **triplicar** la estimada para el grupo de edad de 50 a 64 años en ausencia de “screening” en la primera vuelta. Se espera una tasa mayor de 5/1.000 mujeres estudiadas en la primera vuelta.
- Según la clasificación TNM:
 - Tasa de detección de carcinomas «in situ».
 - Tasa de detección de tumores de pequeño tamaño ($= < 10$ mm).
 - Tasa de detección de cánceres invasivos.
 - Porcentaje de tumores con afectación ganglionar.
 - Porcentaje de tumores con presencia de metástasis.
- Incidencia de cánceres de intervalo. Los cánceres de intervalo son los que aparecen clínicamente en las mujeres que han participado en el programa y cuya mamografía había sido considerada normal.
- Porcentaje de tumores cuyo tratamiento efectuado ha sido conservador.

Los principales indicadores a largo plazo son:

- Tasa de mortalidad por cáncer de mama.
- Supervivencia media de los cánceres detectados.

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

I.2. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO

I.2.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENFERMEDAD

El cáncer de endometrio es el segundo en orden de frecuencia de los cánceres ginecológicos, después del de mama. Ocupa el primer lugar de los cánceres uterinos, por delante del cáncer de cuello, si se excluye la neoplasia cervical intraepitelial, afectando de forma casi exclusiva a mujeres postmenopáusicas. Según datos de 1993, la incidencia es de 15 por 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 3 por 100.000 mujeres.

Entre los factores de riesgo más reconocidos, se encuentra la anovulación crónica, la obesidad, la intolerancia a la glucosa y el uso prolongado de estrógenos.

La hemorragia postmenopáusicas representa el principal síntoma del cáncer de endometrio, admitiéndose que se produce al menos en el 80% de las mujeres con la enfermedad. Algunas mujeres no manifiestan el síntoma a no ser que se les pregunte, por temor o por desconocimiento del significado de un sangrado después de la menopausia.

El pronóstico del cáncer endometrial puede considerarse favorable, pues incluso sin aplicar ninguna medida, la supervivencia oscila entre el 75% y 80% a los 5 años.

Actualmente, se considera que la detección precoz de la enfermedad depende de una evaluación adecuada y sin demora de toda hemorragia postmenopáusicas. Por ello, es útil y de bajo coste la anamnesis dirigida a la detección de hemorragia postmenopáusicas a todas aquellas mujeres climáticas que acuden al primer nivel de los servicios sanitarios con independencia del motivo de consulta, ya que la sospecha y derivación al nivel especializado para su evaluación adecuada puede beneficiar la supervivencia y calidad de vida de las mujeres afectadas.

I.2.2. ATENCIÓN ACTUAL QUE PRESTA EL INSALUD

El INSALUD oferta en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, la detección precoz de cáncer de endometrio mediante una anamnesis anual sobre metrorragias a las mujeres postmenopaúsicas. En el año 1997, se ha logrado una cobertura de 30,8%.

En el citado año, el número de ingresos debido a cáncer de endometrio ha sido de 1.549 en Atención Especializada.

I.2.3. OBJETIVOS

- Disminuir la mortalidad por cáncer de endometrio.
- Alcanzar una cobertura del 50% de detección precoz en los dos próximos años.

I.2.4. POBLACIÓN DIANA

Mujeres postmenopaúsicas. Según la base de TSI de octubre 97, las mujeres mayores o iguales a 50 años, supone un total de 2.702.182 (Tabla II).

TABLA II. Población de mujeres mayores o iguales a 50 años (según base de Tarjeta Sanitaria Individual) por Áreas de Salud y Comunidades Autónomas

Área de Salud	Mujeres >= 50 años	Área de Salud	Mujeres >= 50 años
Huesca	40.653	Ávila	34.736
Teruel	29.899	Burgos	64.621
Zaragoza I	98.652	León	74.869
Zaragoza II	62.250	Ponferrada	29.114
ARAGÓN	231.454	Palencia	34.769
Jarrio	13.261	Salamanca	68.659
Cangas de Narcea	7.468	Segovia	26.948
Avilés	31.061	Soria	19.661
Oviedo	63.468	Valladolid I	36.062
Gijón	59.801	Valladolid II	48.752
Arriondas	13.313	Zamora	45.884
Mieres	16.724	CASTILLA Y LEÓN	484.075
Sama	18.657	Badajoz	83.530
ASTURIAS	223.753	Don Benito	27.440
Mallorca	100.988	Cáceres	34.645
Menorca	10.665	Plasencia	40.522
Ibiza	11.491	EXTREMADURA	186.137
BALEARES	123.144	Madrid I	107.528
Santander	65.159	Madrid II	70.131
Torrelavega	30.248	Madrid III	31.600
CANTABRIA	95.407	Madrid IV	96.261
Albacete	61.504	Madrid V	94.917
Ciudad Real	52.457	Madrid VI	56.300
Puertollano	16.055	Madrid VII	107.328
Alcázar de San Juan	19.234	Madrid VIII	50.417
Cuenca	40.739	Madrid IX	36.784
Guadalajara	28.218	Madrid X	32.132
Toledo	64.265	Madrid XI	134.625
Talavera de la Reina	26.827	MADRID	818.023
CASTILLA LA MANCHA	309.299	Murcia	106.222
LA RIOJA	50.542	Cartagena	39.332
CEUTA	7.113	Lorca	21.127
MELILLA	6.554	MURCIA	166.681
TOTAL INSALUD	2.702.182		

I.2.5. ACTUACIONES

I.2.5.1. Anamnesis anual sobre posibles metrorragias (responsabilidad de Atención Primaria)

Los profesionales de Atención Primaria realizarán una entrevista anual para conocer la presencia de sangrado vaginal después de la menopausia a todas las mujeres que acudan a consulta por cualquier motivo. En caso positivo, se derivará a Atención Especializada para la realización de las pruebas pertinentes y su confirmación diagnóstica.

I.2.5.2. Confirmación diagnóstica y plan terapéutico (responsabilidad de Atención Especializada)

Ante sospecha de cáncer de endometrio, se realizará las pruebas pertinentes para su diagnóstico de certeza (ecografía vaginal y biopsia de endometrio) y su tratamiento adecuado, de acuerdo al protocolo que se establezca en cada Área de Salud.

I.2.6. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

La organización y gestión se realizará en cada Área de Salud según el protocolo que se establezca, el cual deberá asegurar el circuito de información entre ambos niveles asistenciales. El protocolo será aprobado por la Comisión Paritaria.

I.2.7. COSTES

El coste de la atención supone un incremento adicional de 134.542.719 ptas. para los dos próximos años.

I.2.8. EVALUACIÓN

Periodicidad

Se realizará con periodicidad anual.

Cobertura del Programa

Proporción de mujeres iguales o mayores a 50 años a las que se les realiza anamnesis anual sobre metrorragias. Se excluirán las mujeres histerectomizadas en el denominador.

Derivación a Atención Especializada

Proporción de mujeres iguales o mayores de 50 años que se derivan a Atención Especializada con sospecha de cáncer de endometrio respecto a la cobertura del Programa.

Confirmación diagnóstica

Proporción de mujeres en las que se confirma cáncer de endometrio con respecto a la cobertura del Programa.

Criterios de evaluación de resultados

La disminución de la mortalidad por cáncer de endometrio (objetivo general del programa) no se detectará hasta transcurridos al menos entre 5 y 10 años desde el inicio del programa.

Entre los indicadores a corto plazo para la evaluación de resultados está:

- N.º de cánceres de endometrio detectados.

Los principales indicadores a largo plazo son:

- Tasa de mortalidad por cáncer de endometrio.
- Supervivencia media de los cánceres detectados.

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

I.3. DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX

I.3.1. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO

El cáncer de cérvix uterino presenta en España una incidencia muy baja (4 a 10 casos por cada 100.000 mujeres), lo que sitúa a nuestro país entre uno de los de menor incidencia en el mundo por éste tumor. La mortalidad por cáncer de cérvix es de 2,5 por 100.000 mujeres, lo que representa el 1,7% de las muertes por tumores malignos y el 0,3% de todas las muertes en mujeres. La probabilidad de que una mujer española desarrolle un cáncer de cérvix uterino en su vida antes de los 75 años es de 0,5% a 1% (es decir, de una de cada 200 a una de cada 100 mujeres).

La baja incidencia, prevalencia y mortalidad de esta localización tumoral en España, justifica que no se considere prioritario el establecimiento de programas poblacionales de detección precoz de cáncer de cérvix uterino en nuestro país, permitiendo concentrar los recursos disponibles en la población susceptible de obtener beneficios.

En función del conocimiento existente, parece razonable concentrar los recursos de detección precoz en los grupos poblacionales de máximo riesgo (edad, enfermedades de transmisión sexual, promiscuidad sexual, bajo nivel socioeconómico), para lograr altas tasas de participación de estos grupos de mujeres en los programas y, realizar detección precoz de aquellas mujeres que acuden a los servicios sanitarios y que se encuentren en el grupo de mayor incidencia en nuestro país como es el grupo de 35 a 64 años.

Por otro lado, un gran determinante de la efectividad de estos programas es el exhaustivo control de calidad de las actividades realizadas, que incluye el adecuado entrenamiento de los profesionales que realizan la toma y lectura de las muestras y la protocolización y cumplimiento de los mínimos estándar propuestos por las sociedades científicas y comités de expertos. Recientes iniciativas europeas en este ámbito están contribuyendo a la elaboración de criterios mínimos y recomendaciones que pueden guiar el desarrollo de estos programas en la Unión Europea.

I.3.2. ATENCIÓN ACTUAL QUE PRESTA EL INSALUD

La Cartera de Servicios de Atención Primaria oferta la detección precoz de cáncer de cérvix a las mujeres de 35 a 64 años desde el año 1993. En 1997, se ha alcanzado una cobertura del 20,1% (525.987 mujeres atendidas) de la población diana.

Asimismo, en el año 1997, Atención Especializada realizó 721.000 citologías, además de las realizadas por las Comunidades Autónomas y hospitales con concierto sustitutorio. Los motivos de estos estudios no tuvieron como única finalidad la detección precoz de cáncer de cérvix. En el citado año, el número de ingresos por cáncer de cérvix ha sido de 1911.

I.3.3. OBJETIVOS

- Disminuir la mortalidad por cáncer de cérvix.
- Realizar el test de Papanicolau en el 40% de la población diana en los dos primeros años, fundamentalmente en la población con factores de riesgo.

I.3.4. POBLACIÓN DIANA

Mujeres comprendidas entre 35 y 64 años residentes en territorio INSALUD gestión directa. El número asciende a 2.620.862 según base de TSI de octubre de 1997 (Tabla III).

I.3.5. ACTUACIONES

I.3.5.1. Captación y toma cervicovaginal (Test de Papanicolau) (responsabilidad de Atención Primaria)

Los profesionales de Atención Primaria captarán a mujeres sexualmente activas de 35 a 64 años y aquellas menores de 35 con factores de riesgo y les realizará la toma para el estudio citológico.

Inicialmente en los dos primeros años, desde la captación, se realizará el estudio con periodicidad anual y, posteriormente, si son normales cada 5 años. A las mujeres de iguales o mayores de 65 años sin citologías en los últimos 5 años se les ofrecerá la realización de dos citologías con periodicidad anual, y si son normales no se proponen más intervenciones.

I.3.5.2. Actuación Asistencial (responsabilidad de Atención Primaria)

Una vez que el médico de cabecera reciba los resultados, la actuación asistencial será de la siguiente manera, según la clasificación de Bethesda que reconoce dos categorías de lesiones intraepiteliales escamosas (SIL bajo y alto grado):

- Si el resultado es “normal”, el médico se lo comunicará a la mujer, recordándole que debe volver a realizarse una citología a los 5 años. En caso de que sea la primera citología, tendrá que volver al año.

- Si el resultado es “SIL bajo grado” (atipias benignas, inflamación, infecciones ginecológicas, etc), el médico valorará si procede derivar a la mujer a Atención Especializada.
- Si el resultado es “SIL alto grado” (CIN II y III), el médico derivará inmediatamente a la mujer a Atención Especializada para la realización de las pruebas pertinentes y su confirmación diagnóstica.

I.3.5.2. Confirmación diagnóstica y plan terapéutico (responsabilidad de Atención Especializada)

Ante sospecha de cáncer de cérvix, se realizará las pruebas pertinentes para su diagnóstico de certeza y su tratamiento adecuado, de acuerdo al protocolo que se establezca en cada Área de Salud.

I.3.6. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

La organización y gestión se realizará en cada Área de Salud según el protocolo que se establezca, el cual deberá asegurar el circuito de información entre ambos niveles asistenciales. El protocolo será aprobado por la Comisión Paritaria.

I.3.7. COSTES

El coste adicional para los dos primeros años ascenderá a 718.052.383 ptas.

I.3.8. EVALUACIÓN

Periodicidad

Se realizará con periodicidad anual.

Indicadores de Cobertura

N.º de mujeres de 35 a 64 años a las que se les realiza detección precoz de cáncer de cérvix, según la pauta establecida.

Adherencia al programa

N.º de mujeres de 35 a 64 años que acuden al estudio sucesivo al año de la primera citología y a los sucesivos con periodicidad de 5 años sobre aquellas que acudieron la primera vez.

Intervalo de tiempo entre la toma cervico-vaginal y la comunicación de resultados

Este intervalo no podrá superar los 30 días.

Derivaciones a Atención Especializada

N.º de mujeres de 35 a 64 años que se derivan a Atención Especializada por SIL bajo grado.

N.º de mujeres de 35 a 64 años que se derivan a Atención Especializada por SIL alto grado.

Confirmación Diagnóstica

Porcentaje de mujeres de 35 a 64 años a las que se confirma cáncer de cérvix sobre aquellas derivadas a Atención Especializada por SIL alto grado.

Criterios de evaluación de resultados

La disminución de la mortalidad por cáncer de cérvix (objetivo general del programa) no se detectará hasta transcurridos al menos entre 5 y 10 años desde el inicio del programa.

Entre los indicadores a corto plazo para la evaluación de resultados, están:

- N.º de cánceres de cérvix detectados
- Porcentaje de carcinomas «in situ».
- Porcentaje de carcinomas invasivos.

Los principales indicadores a largo plazo son:

- Tasa de mortalidad por cáncer de cérvix.
- Supervivencia media de los cánceres detectados.

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

TABLA III. Población de mujeres entre 35 y 64 años (según base de Tarjeta Sanitaria Individual) por Áreas de Salud y Comunidades Autónomas

Área de Salud	Mujeres 35 a 64 años	Área de Salud	Mujeres 35 a 64 años
Huesca	33.066	Ávila	25.563
Teruel	21.863	Burgos	57.090
Zaragoza I	95.363	León	58.882
Zaragoza II	52.591	Ponferrada	26.803
ARAGÓN	202.883	Palencia	28.843
Jarrio	9.914	Salamanca	55.593
Cangas de Narcea	6.298	Segovia	21.188
Avilés	31.279	Soria	13.802
Oviedo	60.051	Valladolid I	39.691
Gijón	58.523	Valladolid II	50.083
Arriendas	8.917	Zamora	32.799
Mieres	15.078	CASTILLA Y LEÓN	410.337
Sama	17.213	Badajoz	79.026
ASTURIAS	207.273	Don Benito	22.575
Mallorca	106.103	Cáceres	29.586
Menorca	11.820	Plasencia	35.132
Ibiza	15.902	EXTREMADURA	166.319
BALEARES	133.825	Madrid I	109.143
Santander	64.761	Madrid II	74.832
Torrelavega	28.441	Madrid III	48.602
CANTABRIA	93.202	Madrid IV	94.987
Albacete	56.207	Madrid V	109.651
Ciudad Real	45.255	Madrid VI	70.254
Puertollano	14.218	Madrid VII	89.328
Alcázar de San Juan	17.466	Madrid VIII	71.732
Cuenca	30.517	Madrid IX	62.572
Guadalajara	24.331	Madrid X	46.502
Toledo	58.444	Madrid XI	122.202
Talavera de la Reina	22.493	MADRID	899.805
CASTILLA LA MANCHA	268.931	Murcia	112.496
LA RIOJA	46.785	Cartagena	41.901
CEUTA	8.420	Lorca	21.043
MELILLA	7.642	MURCIA	175.440
TOTAL INSALUD	2.620.862		

II. Atención al embarazo, parto y puerperio

II. ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

II.1. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO

La mortalidad materna es muy baja en España, situándose en 11 muertes en 1995. Esta baja tasa de mortalidad es debida en gran parte a la atención correcta a la mujer en el embarazo por parte del Sistema Público de Salud, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. El sistema sanitario debe seguir manteniendo esta calidad en las prestaciones ya que la buena atención durante el embarazo y parto pueden causar beneficios en la salud a lo largo de la vida.

II.2. ATENCIÓN ACTUAL QUE PRESTA EL INSALUD

El INSALUD presta la atención al embarazo, parto y puerperio al 100% de las mujeres que acuden a sus servicios sanitarios. En 1997, la cobertura alcanzada en preparación al parto ha sido del 66,3% y, en visita postparto, ha sido del 66,4%.

En 1997, se han realizado en los Hospitales de la red INSALUD 101.829 partos, de los cuales 83.316 fueron partos vaginales.

II.3. OBJETIVOS

- Mantener la muy reducida tasa de mortalidad materna que existe en la actualidad.

- Aumentar la analgesia epidural en el parto, estableciéndose una cobertura del 40% de los partos vaginales en 1998 y del 100% en el año 2.000 de los partos en los que se demande esta analgesia.

II.4. POBLACIÓN DIANA

La población en edad fértil según TSI de octubre de 1997 asciende a 3.736.260 mujeres (Tabla IV). La tasa de natalidad se encuentra en un 9,35 por 1.000 habitantes (datos 1995). Se estima alrededor de unos 100.000 partos anuales.

II.5. ACTUACIONES

II.5.1. Captación precoz y valoración inicial de la mujer embarazada (responsabilidad de Atención Primaria)

Esta actuación incluirá los siguientes contenidos:

- Valoración del riesgo obstétrico (edad materna, antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes personales, consumo de tabaco, alcohol y drogas y, factores psico-sociales).
- Estudio analítico básico: hemograma, glucemia, creatinina, sistemático de orina, y grupo sanguíneo y RH.
- Determinación de serología: lues, rubeola y toxoplasma. VIH previo consentimiento informado y acompañado de consejo.
- Determinación de la edad gestacional.
- Medición de peso y tensión arterial.
- Consejo-información sobre: alimentación, ejercicio físico, medicación, tabaco y alcohol y signos y síntomas de consulta urgente.

II.5.2. Seguimiento de la mujer embarazada (responsabilidad de Atención Primaria y Atención Especializada)

Mediante una serie de visitas programadas de acuerdo a los programas/protocolos que se establezcan en cada Área Sanitaria. Estos programas/protocolos deberán contemplar el n.º de controles, el contenido de cada control, la responsabilidad de cada nivel asistencial en cada control y los circuitos de derivación entre ambos niveles asistenciales. Asimismo, deberán incluir en las actuaciones de Atención Especializada:

- Diagnóstico de anomalías cromosómicas y determinación de cariotipo (en la 14-15 semana de gestación): Se realizará las pruebas de amniocentesis; biopsia de corion, etc, de acuerdo con el Protocolo existente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que está basado en la edad de la mujer (+ de 35-38 años), y el tener antecedentes familiares graves.
- Diagnóstico de malformaciones congénitas (semana 18-20 de gestación): ecografía de morfología fetal.
- **Consejo genético**, en todos los casos que fuera necesario.

El facultativo, a la vista de la profesión de la embarazada y en caso de posible riesgo laboral para ella o el feto, podrá emitir la recomendación de cambio de puesto de trabajo o cualquier otra actuación conveniente dentro del marco de la legislación y normativa laboral.

II.5.3. Preparación al parto a través de las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica-matronas-(responsabilidad de Atención Primaria)

Los contenidos serán los siguientes:

- Información en el segundo trimestre de la gestación, de la importancia de la preparación para el parto y de la recuperación psicofísica post-parto.
- Realización de ejercicios físicos anteparto y post-parto.
- Realización de técnicas dinámicas de relajación.

II.5.4. Atención al Parto (responsabilidad de Atención Especializada)

La atención en el parto deberá ser lo más personalizada posible. Siempre que las condiciones clínicas lo permitan, se respetará la elección de la mujer.

En todo caso se hará lo siguiente:

- Asegurar el acompañamiento en la fase de dilatación y en el parto.
- Asistencia en el periodo del parto.

- Analgesia al parto, cuyo principal objetivo es la provisión a la madre de un adecuado alivio del dolor sin poner en riesgo el binomio materno-fetal. Será prestado siempre por un médico especialista en anestesiología y los especialistas en obstetricia y ginecología supervisarán todo el proceso del parto.
- Para la realización de la analgesia, es necesario el consentimiento informado. (Anexo II. Protocolo ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO.)
- Atención al recién nacido.

La atención al parto y al recién nacido se realizará según protocolo de cada centro hospitalario. A efectos de la implantación de la anestesia epidural en el parto, en aquellos hospitales que en la actualidad no dan este tipo de atención, el protocolo tendrá en cuenta las consideraciones del informe técnico elaborado por la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología y la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

II.5.5. Visita primer mes postparto a través de las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica-matronas- o enfermería (responsabilidad de Atención Primaria)

Los contenidos serán los siguientes:

- Realización de una visita a domicilio en los 10 primeros días del alta hospitalaria, después del parto.
- Palpación de fondo uterino.
- Examen de loquios.
- Temperatura corporal.
- Examen del periné o incisión quirúrgica en caso de cesárea.
- Exploración de mamas.
- Consejo sobre: higiene de la puérpera y del R.N, alimentación del R.N./ventajas, idoneidad y técnica de la lactancia materna.
- Recomendación de que sea visto el R.N. en el primer mes de vida por el pediatra (ó médico de familia / general donde no exista pediatra).

II.6. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

La organización y gestión se realizará en cada Área de Salud según el protocolo que se establezca, el cual deberá asegurar el circuito de informa-

ción entre ambos niveles asistenciales. El protocolo será aprobado por la Comisión Paritaria.

II.7. COSTES

El coste adicional para los dos primeros años supone 1.291.460.800 ptas, del cual se estima que 1.241.460.800 ptas será para la analgesia epidural.

II.8. EVALUACIÓN

Periodicidad

Se realizará con periodicidad anual.

Cobertura

N.º de embarazos anualmente sobre el n.º de niños menores de 12 meses.

Captación y Valoración de la Mujer Embarazada

Proporción de mujeres gestantes captadas y valoradas antes de las 20 semanas anualmente sobre el n.º de niños menores de 12 meses.

Seguimiento de la Mujer Embarazada

Proporción de mujeres cuyo seguimiento del embarazo se realiza en Atención Primaria sobre el total de mujeres gestantes anualmente.

Proporción de mujeres cuyo seguimiento del embarazo se realiza en Atención Especializada sobre el total de mujeres gestantes anualmente.

Preparación al Parto

N.º de mujeres a las que se les ha realizado preparación al parto anualmente sobre n.º de niños menores de 12 meses.

Atención al Parto

N.º total de partos atendidos anualmente sobre n.º de niños menores de 12 meses.

Porcentaje de partos vaginales atendidos anualmente sobre n.º total de partos atendidos.

Porcentaje de partos vaginales atendidos con analgesia epidural anualmente sobre el total de partos vaginales atendidos.

Visita postparto

N.º de mujeres puérperas las que se les ha realizado visita postparto anualmente sobre el n.º de niños menores de 12 meses.

Indicadores de resultados

Tasa de mortalidad materna, n.º de mujeres fallecidas por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio sobre 100.000 nacidos vivos.

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

TABLA IV. Población de mujeres entre 15 y 49 años (según base de Tarjeta Sanitaria Individual) por Áreas de Salud y Comunidades Autónomas

Área de Salud	Mujeres 15 a 49 años	Área de Salud	Mujeres 15 a 49 años
Huesca	42.901	Ávila	33.247
Teruel	27.174	Burgos	78.609
Zaragoza I	131.423	León	76.083
Zaragoza II	67.910	Ponferrada	35.419
ARAGÓN	269.408	Palencia	39.897
Jarrio	12.061	Salamanca	80.636
Cangas de Narcea	8.110	Segovia	29.175
Avilés	41.278	Soria	17.478
Oviedo	80.903	Valladolid I	58.379
Gijón	74.573	Valladolid II	72.166
Arriondas	10.894	Zamora	39.993
Mieres	19.740	CASTILLA Y LEÓN	561.082
Sama	22.185	Badajoz	120.189
ASTURIAS	269.744	Don Benito	31.549
Mallorca	154.621	Cáceres	43.126
Menorca	18.099	Plasencia	48.333
Ibiza	25.051	EXTREMADURA	243.197
BALEARES	197.771	Madrid I	154.642
Santander	91.159	Madrid II	105.051
Torrelavega	39.385	Madrid III	79.241
CANTABRIA	130.544	Madrid IV	126.416
Albacete	85.453	Madrid V	160.053
Ciudad Real	65.785	Madrid VI	107.026
Puertollano	19.589	Madrid VII	120.509
Alcázar de San Juan	25.205	Madrid VIII	111.204
Cuenca	40.356	Madrid IX	103.304
Guadalajara	35.929	Madrid X	73.319
Toledo	86.208	Madrid XI	166.684
Talavera de la Reina	31.176	MADRID	1.307.449
CASTILLA LA MANCHA	389.701	Murcia	176.960
LA RIOJA	63.805	Cartagena	66.802
CEUTA	14.156	Lorca	32.582
MELILLA	13.059	MURCIA	276.344
TOTAL INSALUD	3.736.260		

III. Información y seguimiento sobre métodos anticonceptivos

III. INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

III.1. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO

La mayoría de las mujeres consideran importante controlar su fertilidad referente al número y espaciamiento de sus hijos y disfrutar de su sexualidad sin miedo a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual, por lo que adquiere gran importancia la disponibilidad de anticonceptivos.

Existen diversos métodos anticonceptivos: naturales (coitus interruptus, calendario, temperatura basal,...), hormonales (oral, parenteral y post-coital), de barrera (preservativos, diafragma), mecánicos (dispositivo intrauterino -DIU-) y quirúrgicos (ligadura de trompas y vasectomía). Los métodos más utilizados son la anticoncepción hormonal oral y el preservativo. El grado de utilización de métodos anticonceptivos en nuestro país se estima en un 59%, siendo uno de los más bajos dentro de la Unión Europea.

No se dispone de datos de utilización de anticonceptivos entre los adolescentes, pero se estima que su uso es menor que en la población adulta. Esta menor utilización parece ser debida al desconocimiento, a la falta de acceso, al miedo de que sus padres descubran que tienen relaciones sexuales y a la falta de anticipación a las relaciones sexuales. Por otro lado, el embarazo en mujeres menores de 20 años constituye un riesgo mayor de mortalidad y morbilidad materno-fetal que el embarazo en la edad adulta.

El número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) han aumentado en los últimos años, siendo en 1996 de un 5,69 por 1000 mujeres. El aumento se ha producido en todos los tramos de edad, excepto en el grupo de 40 y más años que ha descendido en relación al año 1995. En el grupo de 19 y menos años, la tasa es de 4,91 en 1996.

III.2. ATENCIÓN ACTUAL QUE PRESTA EL INSALUD

El INSALUD oferta el servicio de Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos en la Cartera de Servicios de Atención Primaria. La cobertura alcanzada en 1997, ha sido de un 18,1%.

Las IVE se realizan en los propios servicios o con medios ajenos.

III.3. OBJETIVOS

- Favorecer la maternidad responsable y el embarazo deseado.
- Fomentar la información sobre los métodos anticonceptivos, alcanzando una cobertura del 40% de la población diana.
- Disminuir el número de interrupciones voluntarias al embarazo.

III.4. POBLACIÓN DIANA

La población susceptible son las mujeres entre 15 y 49 años, que supone 3.736.260, según datos de TSI de octubre 1997 (Tabla IV).

III.5. ACTUACIONES

III.5.1. Información sobre métodos anticonceptivos (responsabilidad Atención Primaria)

A todas las mujeres en edad fértil se les informará y orientará sobre métodos anticonceptivos por parte de los profesionales del primer nivel de atención. Es importante contactar con la población juvenil,

por lo que será necesario facilitar mecanismos de captación y facilidad para el acceso a los servicios sanitarios.

III.5.2. Elección de Anticoncepción Hormonal (responsabilidad Atención Primaria)

En caso de que la mujer elija Anticoncepción hormonal, se realizará:

- Anamnesis sobre antecedentes personales, ginecológicos, obstétricos y hábitos tóxicos (alcohol, tabaco y consumo habitual de medicamentos)
- Exploración de tensión arterial y peso (previamente a la instauración de la anticoncepción hormonal)
- Estudio analítico: glucosa, colesterol, triglicéridos, transaminasas, bilirrubina y fosfatasa alcalina (en el año previo o en los tres meses posteriores a la instauración de la anticoncepción hormonal).

III.5.3. Elección de Dispositivo Intrauterino (DIU) o ligadura de trompas (responsabilidad Atención Especializada)

Si la mujer elige utilizar un DIU como método anticonceptivo o ligadura de trompas, Atención Primaria derivará a la mujer a Atención Especializada para su valoración y, en su caso, implantación o intervención. Se realizarán de acuerdo con el protocolo establecido por el Servicio de Atención Especializada.

III.5.4. Seguimiento si usa métodos anticonceptivos como anticoncepción hormonal o DIU (responsabilidad Atención Primaria)

- En caso de que utilice anticoncepción hormonal, se le realizará:
 - una primera revisión a los 3-6 meses, que incluya al menos: tensión arterial, peso y tolerancia del método.
 - un control cada dos años, que incluya al menos: tensión arterial, peso, tolerancia del método, consejo antitabaco y analítica (glucosa, colesterol, triglicéridos, transaminasas, bilirrubina y fosfatasas alcalinas).
- En caso de que utilice DIU, se le realizará un control anual en el que se hará al menos:
 - exudado vaginal
 - comprobación del hilo-testigo.

III.5.5. Interrupción Voluntaria del Embarazo (responsabilidad Atención Especializada)

La realización o gestión del IVE se hará según el protocolo de cada centro hospitalario.

III.6. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

La organización y gestión se realizará en cada Área de Salud según el protocolo que se establezca, el cual deberá asegurar el circuito de información entre ambos niveles asistenciales. El protocolo será aprobado por la Comisión Paritaria.

III.7. COSTES

El coste adicional para los dos primeros años supone 391.705.042 pesetas.

III.8. EVALUACIÓN

Periodicidad

Se realizará con periodicidad anual.

Cobertura

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que han recibido información sobre métodos anticonceptivos.

Utilización de Métodos Anticonceptivos

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con anticoncepción hormonal/año

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con DIU

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con ligadura de trompas.

Seguimiento de Mujeres con Métodos Anticonceptivos: Anticoncepción Hormonal/DIU

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con anticoncepción hormonal a las que se les realiza al menos un control bienal sobre el n.º de mujeres de 15 a 49 años que utilizan anticoncepción hormonal.

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con DIU a las que se les realiza al menos un control anual sobre el n.º de mujeres de 15 a 49 años que utilizan DIU.

Indicadores de resultados

Porcentaje de embarazos en adolescentes sobre el total de embarazos/año.

Tasa de I.V.E. /año, n.º total y por tramos de edad de interrupciones voluntarias de embarazo por 1.000 mujeres en edad fértil y por 1.000 mujeres del tramo de edad correspondiente.

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

IV. Atención a la mujer en el climaterio

IV. ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

IV.1. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO

La menopausia es el episodio final del sangrado menstrual, confirmado por un periodo igual o mayor a seis meses de amenorrea. El climaterio es el periodo de transición de la madurez sexual a la senectud. La edad media de la menopausia se encuentra alrededor de los 50 años.

La mujer en esta etapa biológica, demanda atención sanitaria en ocasiones, debido en parte a un desconocimiento de las variaciones que se producen en el climaterio y en parte a sintomatología relacionada con la menopausia.

Se estima que el 75% de las mujeres climatéricas tienen ciertos problemas o malestar (específicamente: síntomas vasomotores, síntomas genitourinarios y oscilaciones del humor), aunque solamente el 10-20% acuden al médico. Se habla de menopausia «normal» cuando no existen síntomas o son leves y, por lo tanto, no necesitan apoyo médico. Se denomina «menopausia patológica» cuando la sintomatología es moderada o grave, obligando a visitar al médico o cuando se produce una menopausia precoz (espontánea, quirúrgica, postratamiento quimioterápico o radioterápico) antes de los 40 años.

Diversos estudios indican la terapia hormonal sustitutiva (THS) para combatir la sintomatología específica del climaterio y el incremento del riesgo de padecer cardiopatía isquémica y osteoporosis. Sin embargo, el uso de THS no asegura la desaparición de estos riesgos y conlleva el riesgo de

padecer cáncer de endometrio y cáncer de mama, por lo que su indicación debe ser cuidadosamente analizada y evaluada en cada mujer.

Ante esta controversia, las actuaciones deben ir encaminadas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables (abstención de fumar, moderación en el consumo de alcohol, alimentación equilibrada y rica en calcio, ejercicio físico diario,...) y a la prevención de problemas ligados a esta etapa, siguiendo los criterios definidos por la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias. Estas actuaciones se dirigirán fundamentalmente a las mujeres en la perimenopausia.

IV.2. ATENCIÓN ACTUAL QUE PRESTA EL INSALUD

El INSALUD, a partir de 1998, oferta un servicio específico para la mujer climatérica que se contempla en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

IV.3. OBJETIVOS

- Mejorar la calidad de vida de la mujer en el climaterio.

IV.4. POBLACIÓN DIANA

Mujeres de 50 a 59 años. Según la base de TSI de octubre de 1997, el n.º de mujeres entre 50 y 59 años, supone un total de 748.080 (Tabla V).

TABLA V. Población de mujeres entre 50 y 59 años (según base de Tarjeta Sanitaria Individual) por Áreas de Salud y Comunidades Autónomas

Área de Salud	Mujeres 50 a 59 años	Área de Salud	Mujeres 50 a 59 años
Huesca	9.266	Ávila	7.328
Teruel	6.048	Burgos	16.006
Zaragoza I	27.825	León	16.803
Zaragoza II	15.691	Ponferrada	7.298
ARAGÓN	58.830	Palencia	7.512
Jarrio	2.999	Salamanca	16.247
Cangas de Narcea	1.893	Segovia	5.907
Avilés	9.078	Soria	3.928
Oviedo	16.398	Valladolid I	10.841
Gijón	17.100	Valladolid II	15.451
Arriondas	2.665	Zamora	9.552
Mieres	3.718	CASTILLA Y LEÓN	116.873
Sama	4.417	Badajoz	21.906
ASTURIAS	58.268	Don Benito	6.421
Mallorca	30.281	Cáceres	7.939
Menorca	3.300	Plasencia	9.774
Ibiza	3.893	EXTREMADURA	46.040
BALEARES	37.474	Madrid I	31.713
Santander	17.512	Madrid II	20.969
Torrelavega	7.558	Madrid III	13.154
CANTABRIA	25.070	Madrid IV	29.404
Albacete	15.950	Madrid V	31.258
Ciudad Real	12.472	Madrid VI	18.960
Puertollano	4.103	Madrid VII	29.024
Alcázar de San Juan	5.017	Madrid VIII	21.841
Cuenca	8.872	Madrid IX	16.033
Guadalajara	6.077	Madrid X	14.511
Toledo	16.072	Madrid XI	36.481
Talavera de la Reina	6.269	MADRID	263.348
CASTILLA LA MANCHA	74.832	Murcia	32.039
LA RIOJA	13.140	Cartagena	11.871
CEUTA	2.277	Lorca	6.092
MELILLA	1.926	MURCIA	50.002
TOTAL INSALUD	748.080		

IV.5. ACTUACIONES

Las actuaciones, que a continuación se especifican, están basadas fundamentalmente en el nuevo servicio que oferta el INSALUD en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

IV.5.1. Captación de la mujer climatérica (responsabilidad Atención Primaria)

Por parte de los profesionales de Atención Primaria, se realizará anamnesis que permita identificar amenorrea superior de seis meses o inferior a seis meses con alguno de los siguientes síntomas: sofocos, sudoración, palpitaciones, insomnio, depresión, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia.

IV.5.2. Valoración de la mujer climatérica (responsabilidad Atención Primaria)

Una vez identificada la mujer como climatérica, se realizará una valoración que incluya, al menos:

- Antecedentes gineco-obstétricos
- Factores de riesgo de osteoporosis
- Antecedentes de fractura de colles, costales o aplastamiento vertebral en los últimos cinco años
- Factores de enfermedad coronaria.

En caso que la valoración indicase posibles beneficios por el riesgo de padecer enfermedad coronaria u osteoporosis y analizado los riesgos de padecer ciertas neoplasias por la medicalización con THS, se informará a la mujer y, si procediera la terapia hormonal sustitutiva, se derivará a Atención Especializada para su estudio y tratamiento.

IV.5.3. Promoción de hábitos saludables (responsabilidad Atención Primaria)

A las mujeres climatéricas se les dará consejo-información, al menos con periodicidad anual sobre:

- Aporte dietético de calcio superior a 1.200 mgr/día
- Ejercicio físico
- Riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses de amenorrea

- Automedicación, consumo de cafeína, consumo de tabaco, consumo de alcohol y técnicas de relajación.

IV.6. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

La organización y gestión se realizará en cada Área de Salud según el protocolo que se establezca, el cual deberá asegurar el circuito de información entre ambos niveles asistenciales. El protocolo será aprobado por la Comisión Paritaria.

IV.7. COSTES

Se estima un coste debido a tratamiento sintomático y material divulgativo de 1.451.000.000 ptas para los dos primeros años.

IV.8. EVALUACIÓN

Periodicidad

Se realizará con periodicidad anual.

Cobertura

Porcentaje de mujeres de 50 a 59 años incluidas en el programa.

N.º de mujeres postmenopáusicas de edades no comprendidas en el tramo de 50 a 59 años incluidas en el programa.

Se entiende por incluidas en el programa, las mujeres identificadas como menopáusicas y que se les ha realizado una valoración.

Atención a la mujer climatérica

Porcentaje de mujeres que reciben consejo-información sobre hábitos saludables sobre el total de mujeres incluidas en el programa.

Porcentaje de mujeres que reciben tratamiento sintomático (excepto THS) sobre el total de mujeres incluidas en el programa.

Porcentaje de mujeres que reciben terapia hormonal sustitutiva sobre el total de mujeres incluidas en el programa.

Indicadores de resultados

Porcentaje de mujeres climatéricas con patología asociada (cardiopatía isquémica, osteoporosis).

Los siguientes indicadores se podrá evaluar transcurridos al menos entre 5 y 10 años desde el inicio del programa:

- Porcentaje de mujeres climatéricas con THS que desarrollan cáncer de mama.
- Porcentaje de mujeres climatéricas con THS que desarrollan cáncer de endometrio.
- Porcentaje de mujeres de 50 a 59 años con THS que desarrollan cáncer de mama sobre el total de mujeres de 50 a 59 años con cáncer de mama.
- Porcentaje de mujeres de 50 a 59 años con THS que desarrollan cáncer de endometrio sobre el total de mujeres de 50 a 59 años con cáncer de endometrio.

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

ANEXO I. CONVENIO MARCO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA ENTRE COMUNIDAD AUTÓNOMA E INSALUD

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD... DEL GOBIERNO DE... Y EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, PARA LA REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE...

R E U N I D O S

De una parte, la Excmo. Sr. Consejero de de la Comunidad Autónoma de, en virtud de la competencia asumida en materia de sanidad, según lo dispuesto en el artículo... del Estatuto de Autonomía, aprobado mediante Ley Orgánica..., y autorizado para suscribir el presente convenio en virtud del Acuerdo adoptado por el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de

Y de otra, el Ilmo. Sr. D. Alberto Núñez Feijóo, Presidente Ejecutivo del Instituto Nacional de la Salud, en el ejercicio de las funciones que tiene atribuidas de conformidad con lo establecido en el artículo 10, párrafo 1, del Real Decreto 1893/1996, de 2 de agosto, de Estructura Orgánica Básica del

Ministerio de Sanidad y Consumo, de sus Organismos Autónomos y del Instituto Nacional de la Salud

EX P O N E N

I. Que el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la población femenina española presentando una tendencia creciente en las últimas décadas. En nuestro país su incidencia varía entre 40 y 75 por 100.000 mujeres, constituyendo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, con una tasa de mortalidad de 28,2 por 100.000 mujeres, lo que representa el 18,4% del total de muerte por cáncer en mujeres y el 26% de las pérdidas de años por vivir antes de los 65. La probabilidad actual de que una mujer de nuestro país adquiera un cáncer de mama antes de cumplir 75 años de un 5%. Esto significa que una de cada 20 mujeres españolas desarrollará un cáncer de mama antes de esa edad.

II. La inclusión de la detección precoz del cáncer de mama en el catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud exige orientar este servicio preventivo en España de forma que se logre maximizar los beneficios, en términos de disminución de la mortalidad por cáncer de mama y mejora de la calidad de vida de las mujeres afectadas por este tumor, y se minimicen los costes y los riesgos potenciales de esta prestación.

III. Que la Consejería de, en colaboración con la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud, como Instituto responsable de la asistencia sanitaria en, desean cooperar en la detección precoz del cáncer de mama en esa Comunidad Autónoma, llevando a cabo cuantas actuaciones sean necesarias para los fines que se pretenden.

IV. Por lo expuesto, los Organismos antes mencionados, cumplen todos los requisitos legales necesarios para el otorgamiento de este acto, por lo que acuerdan formalizar el presente Convenio de Colaboración que quedará regido por las siguientes

CLÁUSULAS

1. OBJETO DEL CONVENIO

Constituye el objeto del presente Convenio, la realización de un programa de detección precoz de cáncer de mama en la Comunidad Autónoma de

2. ÁMBITO DE EJECUCIÓN

La población a la que se dirige el programa son las mujeres de 50 a 64 años de la referida Comunidad Autónoma y el número aproximado de mujeres a las que afecta es de 1.156.757 en la totalidad del territorio Insalud y en la Comunidad Autónoma de

3. OBLIGACIONES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD.

3.1. Crear en la citada Comunidad Autónoma de una Unidad Central de Gestión del Programa.

3.2. Ofertar el Programa a las mujeres de 50-64 años de esa Comunidad Autónoma y citar en base a la Tarjeta Sanitaria individual.

3.3. Financiar el% del coste total de las mamografías del screening.

3.4. Destinar el personal necesario para la realización de la exploración radiológica de doble proyección mamográfica (caso de ser la primera vez que se realiza la exploración) y lectura mamográfica de las mujeres citadas.

3.5. Facilitar los informes de las mamografías a las Gerencias de Atención Primaria, para que consten en las historias clínicas de las mujeres que participan en el programa y citar inmediatamente en Atención Especializada en los casos con sospecha de Cáncer de Mama.

3.6. Igualmente se compromete a realizar las mamografías de las mujeres comprendidas en el rango de edad de 50 a 64 años, y que estén en lista de espera en los hospitales del INSALUD.

3.7. Evaluar el seguimiento y los resultados del programa al amparo de las actuaciones asistenciales que se practiquen en cada supuesto y de acuerdo a los criterios acordados entre ambas instituciones.

4. OBLIGACIONES DEL INSALUD

El INSALUD, en relación con la población diana objeto de este Convenio que tenga derecho a la asistencia sanitaria que presta este Organismo, se obliga a:

4.1. Facilitar los datos personales de la población objeto del programa que figuran en la base de información de la Tarjeta Sanitaria, a través de las Gerencias de Atención Primaria.

4.2. Contribuir a la financiación de las mamografías de cribado en el% del coste total de las mismas.

4.3. Facilitar a través de las Gerencias de Atención Primaria y Especializada toda la información que requiera la Unidad Central de Gestión del Programa ubicada en la Comunidad Autónoma para que la misma proceda al seguimiento y evaluación del resultado del citado programa.

4.4. Remitir a través de las Gerencias de Atención Especializada una relación nominal de las mujeres comprendidas en esa franja de edad y que han sido objeto de una mamografía en un período inferior a 12 meses previos a la puesta en marcha del Programa, con objeto de evitar una exploración innecesaria.

4.5. Proporcionar de manera preferente, a través de las Gerencias de los Centros de Atención Especializada, la asistencia necesaria a las mujeres con imágenes radiológicas que aconsejen estudios complementarios que precisen confirmación diagnóstica y, en su caso, tratamiento tras la realización de las mamografías por parte de la Consejería de Sanidad.

5. DESARROLLO DEL ACUERDO

5.1. Las mujeres serán citadas por la Unidad Central de gestión del programa.

5.2. Los Centros de Atención Primaria llevarán a cabo las siguientes actuaciones asistenciales en función del resultado de la mamografía:

5.2.1. Si el resultado es «mamografía normal», el médico se lo comunica a la mujer, recordándole que debe volver a realizar su mamografía de control a los dos años.

5.2.2. Si el resultado es de «patología mamaria no sospechosa de cáncer», el médico valorará su situación clínica, derivando a la mujer, si procede, a la consulta ginecológica.

5.2.3. Si el resultado es de «sospechosa de cáncer de mama» se citará a la mujer antes de transcurridos 15 días, para realizar biopsia de la lesión sospechosa en el servicio de Atención Especializada que proceda y, simultáneamente para la consulta de mama en fecha posterior, calculándose ésta según el intervalo preciso para conocer el resultado de anatomía patológica de la biopsia realizada. De esta manera, se acortaría el tiempo de espera entre el resultado patológico de la mamografía, el diagnóstico de certeza y la decisión terapéutica (en cualquier caso la intervención quirúrgica se efectuará antes de los 30 días de la recepción del resultado de la mamografía).

5.3. Previamente a ser atendida en los Servicios de Atención Especializada, el Servicio de Admisión correspondiente abrirá historia clínica a la mujer que aún no la posea dentro del hospital del INSALUD.

6. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

6.1. Se constituirá una Comisión de Seguimiento que asegure la coordinación entre las Administraciones y vele por que se cumplan las actuaciones reflejadas en el presente Acuerdo.

6.2. La Comisión revisará periódicamente la información suministrada, emitirá propuestas y establecerá controles de calidad del proceso. Las reuniones recogerán en Acta lo tratado y tendrán una periodicidad fijada de antemano, convocándose a instancia de cualquiera de las partes.

6.3. La Comisión de naturaleza paritaria estará integrada por representantes de la Consejería de de la Comunidad de y del INSALUD, siendo el número de representantes los que las partes estimen en cada momento.

7. DURACIÓN

El presente Convenio tendrá validez desde el día de la fecha hasta en que finaliza la primera vuelta del Programa.

El convenio se entenderá prorrogado, salvo denuncia expresa de alguna de las partes, con tres meses de antelación a la fecha de su vencimiento.

ANEXO II. PROTOCOLO ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO

Solicitado por la Dirección General de Atención Primaria y Especializada a la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología y a la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor

JUSTIFICACIÓN

Varios procedimientos pueden ser de utilidad para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, desde las técnicas de relajación hasta la utilización de una amplia gama de fármacos administrados por vía parenteral, con acción sistémica, o mediante técnicas de analgesia loco-regional. Su utilización variará de una área a otra en función de una serie de factores que pueden ser tanto sociológicos como profesionales.

La mayoría de las gestantes experimenta dolor durante la progresión del trabajo de parto (TP) de evolución normal. No hay evidencia de que el dolor de parto sea beneficioso para la madre o el feto. Por el contrario, el dolor, el miedo y la ansiedad desencadenan una serie de respuestas reflejas que pueden producir efectos nocivos sobre la madre, el feto y el propio TP. El alivio del dolor está plenamente justificado.

El principal objetivo es proveer a la madre de un adecuado alivio del dolor sin poner en riesgo el binomio materno-fetal. La seguridad

de la madre y su hijo será condición imprescindible de cualquier procedimiento de analgesia-anestesia obstétrica y es misión del anesthesiólogo seleccionar los agentes y técnicas mas seguros y adecuados para cada caso, debiendo tener en consideración varios factores:

- Estado del feto en el momento del parto
- Requerimientos impuestos por las circunstancias obstétricas
- Patología materna asociada
- Competencia y experiencia del anesthesiólogo actuante, factores fundamentales para enfrentarse a los complejos problemas que pueden presentar la paciente obstétrica.

REQUISITOS PREVIOS

- Aceptación previa de la paciente
- Indicación clínica

CONTRAINDICACIONES

- Infección local (lugar de la punción) o general
- Trastornos de la coagulación y tratamiento con anticoagulantes
- Hemorragia severa o shock
- Eclampsia
- Parto muy avanzado o aparición de complicaciones que exijan su finalización rápida

Siempre habrá que hacer una valoración clínica de cada paciente para tomar la actitud mas adecuada.

CRITERIOS PARA REALIZAR LA ANALGESIA

Las técnicas de analgesia o anestesia regional en obstetricia, que se realizan mediante la administración en el espacio epidural y/o subaracnoideo de anestésicos locales, opiáceos y otros adyuvantes, son actualmente las mas eficaces. Aunque no están exentas de riesgos, adecuadamente administradas, y teniendo en cuenta sus con-

trindicaciones, cumplen satisfactoriamente con los requisitos de la analgesia/anestesia en obstetricia: mínimo riesgo y efectos secundarios para la madre, el feto y el neonato, y escasa repercusión sobre la progresión del parto. No deben reservarse solo a pacientes con problemas especiales, médicos u obstétricos.

Estas técnicas deben practicarse siempre por los anesthesiólogos en estrecha colaboración con los obstetras. En cualquier caso, debe proporcionarse a la parturienta y al feto las mejores condiciones de seguridad. Los siguientes criterios deben entenderse como requisitos mínimos para llevar a cabo una práctica clínica correcta, y complementan a los referidos en la «Guía de Práctica Clínica en Anestesiología» de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor (SEDAR), así como los «Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia».

1. La analgesia o anestesia regional se iniciarán y mantendrán exclusivamente en un lugar que reúna todas las condiciones necesarias para poder realizar sin demora una reanimación cardiopulmonar (RCP).

El equipamiento debe incluir fuente de oxígeno y aspiración, medios para mantener la vía aérea y ventilación pulmonar con presión positiva, así como fármacos y equipo para una RCP.

2. La analgesia o anestesia regional deberán realizarse por un médico anesthesiólogo.

Estos procedimientos estarán reservados a los especialistas en Anestesiología y en los Centros con Acreditación Docente, a los médicos en formación en esa especialidad debidamente supervisados.

3. La analgesia o anestesia regional no deberán iniciarse hasta que la gestante haya sido examinada y evaluada por el anesthesiólogo, y haya otorgado su consentimiento después de haber sido debidamente informada.

Toda la documentación anterior formará parte del registro de analgesia/anestesia obstétrica. Tanto la evaluación preanestésica como la información y el consentimiento acerca de los procedimientos analgésicos disponibles e indicados, deberán realizarse

siguiendo los criterios generales de la SEDAR y de acuerdo con el ordenamiento jurídico. Se procurará que el anesthesiólogo informe a la paciente y obtenga su consentimiento por escrito antes del parto y de forma idónea.

- 4. Antes de instaurar la analgesia o anestesia regional, el estado del feto, de la madre y el progreso del parto, deberán evaluarse por un médico obstetra que proporcione al anesthesiólogo toda la información necesaria sobre aquellos aspectos que pudieran modificar su conducta para realizar la técnica. Un médico obstetra supervisará el proceso del parto.**

Durante el período de dilatación, la parturienta permanecerá en el habitáculo destinado para ello. El médico obstetra que atiende y dirige el proceso del parto, deberá tener en cuenta las indicaciones del anesthesiólogo respecto a la técnica de analgesia/anestesia.

- 5. Se establecerá una vía venosa antes de iniciar la técnica y durante todo el período de analgesia o anestesia epidural.**

- 6. La analgesia/anestesia regional para el TP y el parto vaginal requiere vigilancia y monitorización de la parturienta, del feto y de la dinámica uterina. Los datos obtenidos deberán ser registrados.**

- a) Se vigilará mediante monitorización adecuada la oxigenación, la ventilación y la circulación de la parturienta con analgesia regional durante todo el proceso del parto.**

- **Monitorización automática de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca.**
- **Pulsioximetría**

- b) La frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina se monitorizarán de forma continua.**

Se utilizará monitorización adicional cuando las condiciones clínicas de la parturienta o el feto lo exijan. Cuando el bloqueo regional se convierta en un procedimiento anestésico se aplicarán los criterios de la SEDAR para la monitorización básica intraoperatoria.

- 7. La solución de las posibles complicaciones de la técnica, hasta que ésta haya finalizado y el estado de la puérpera sea satisfactorio y estable, será responsabilidad del anestesiólogo.**

Deberá existir un lugar adecuado para la recuperación de la puérpera. Se seguirán los criterios de la SEDAR para cuidados postanestésicos

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud, 1995.
2. Consejo de la Unión Europea. Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre la situación sanitaria de la mujer en la Comunidad Europea. Consejo de la Unión Europea, 1997.
3. Informe U.S. Preventive Task Force. Guía de Actividades Preventivas de la Práctica Médica. Diaz de Santos, 1992.
4. SemFYC. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. SemFYC, 1997.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Cribado Poblacional del Cáncer de Mama mediante Mamografía. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 1995.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cribado Poblacional de Cáncer de Mama en España. Guía Informes Técnicos n.º 13. MSC, 1998.
7. European Commission/Europe Against Cancer. European Guidelines for Quality Assurance in Mamography Screening. European Commission, 1996.

8. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama en Navarra. Gobierno de Navarra, 1991.
9. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Detección Precoz del Cáncer de Mama en la CAPV. Gobierno Vasco, 1994.
10. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat y Consum. Programa de Prevención del Cáncer en la Comunidad Valenciana Monografías Sanitarias Serie E, núm.14. Generalitat Valenciana, 1993.
11. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat y Consum. Programa de Prevención del Cáncer en la Comunidad Valenciana Monografías Sanitarias Serie E, núm.19, Generalitat Valenciana, 1996.
12. Conselleria de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa Galego de Detección Precoz de Cancro de Mama. Documento Técnico de Saúde Pública. Serie A n.º 1. Consellería de Sanidade, 1992.
13. Almazán C, Borrás JM, Puente ML, Giménez A, Granados A. Aproximació a la utilització de la mamografia de cribatge en dues regions sanitàries. Agència d'Avaluació de Tecnologia Médica. Servei Catalá de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1995.
14. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Plan Sectorial del Cáncer: Programa de Prevención del Cáncer de Mama. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 1993.
15. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha Consejería de Sanidad. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama: Manual de Funcionamiento. Consejería de Sanidad, 1995.
16. González J, Villar F, Banegas JR, Gil E. Informe sobre Programas y Actividades de Control y Prevención del Cáncer en las Comunidades Autónomas 1994. Serie Informes Técnicos de la Dirección General de Salud Pública. N.º 5. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
17. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documentos de Consenso. Cáncer de Mama. S.E.G.O., 1996.

18. Caicoya M. Programa Piloto de Screening de Cáncer de Mama Femenina en el Area IV, Oviedo. *Senología y Patol. .Mam.* 1992; 5,4: 169-174.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Cribado de Cáncer de Cérvix Uterino. Actuación desde la Atención Primaria. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 1996.
20. Canadian Coordinating Office For Health Technology Assesment. Assesment of Techniques for Cervical Cancer Screening. Canadian Coordinating Office For Health Technology Assesment, 1997.
21. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Tomo I. S.E.G.O., 1994.
22. Informe sobre Analgesia Regional en el Parto. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología/Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, 1997.
23. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Interrupción Voluntaria del Embarazo: Datos definitivos correspondientes a 1996. MSC, 1997.
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Complicaciones Patológicas de la Menopausia. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 1996.
25. Belchetz PE. Hormonal Treatment of Postmenopausal Women. *N Engl J Med* 1994; 330: 1062-69.
26. Morera Montes J, Navarro Gómez H. Terapia Hormonal Sustitutiva durante la menopausia y riesgo de cáncer. *Medifam* 1994; 4: 60-66.
27. Larcos, G. What factors influence General Practitioners commencement of hormone replacement in perimenopausal women? *BJCP*, jan/feb 1996. Vol 50, n.º 1.

28. Writing Group for the PEPI Trial. Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. JAMA, January, 1996. Vol 273, n.º 3.
29. Charles, Hammond. University Duke. Menopause an Hormone Replacement Therapy: An overview. Obstetrics & Gynecology. Vol 87, n.º 2 (Suplement). Feb. 1996.
30. Graham A. Harvard. The use of estrogen and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. New England Journal al Medicine. June 15, 1995.
31. Palacios, S. Climaterio y Menopausia. 1992.
32. MSC-INSALUD. Guía práctica en manejo de la osteoporosis. Insalud, 1992.
33. Isasi Zaragoza C., Ayala Luna S. Osteoporosis: prevención y tratamiento. (Documento no publicado.)
34. Janet W. Harvard. The primary prevention of coronary heart disease women. New England Journal of Medicine. June 29, 1995.
35. Felson D. T., Zhang Y, Hannan M. T., et Al. The effect of postmenopausal estrogen therapy on bone density in elderly women. The New England Journal of Medicina. 1993.; 329 (16): 1141-6.

