
Coordinación. La experiencia de la red de los programas de detección precoz de cáncer de mama

*Nieves Ascunce Elizaga^a, Lola Salas Trejo^b,
Raquel Zubizarreta Alberdi^c y José Luis Aboal Viñas^d*

^aSección de Detección Precoz. Instituto de Salud Pública. Navarra.

^bOficina del Plan de Cáncer. Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanitat. Valencia.

^cServicio de Programas Poblacionales de Cribado.

Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanidad. Galicia.

^dApplica. Consultoría de Organización y Recursos Humanos. A Coruña. Galicia.

Introducción

Al plantearse la cuestión de la coordinación se hace importante la reflexión sobre qué significa y por qué es importante la coordinación en un Sistema Nacional de Salud compuesto por 17 sistemas de salud autonómicos.

En primer lugar, coordinar significa según el diccionario de la Real Academia “disponer las cosas metódicamente”. Varias sentencias del tribunal constitucional (STC) ayudan a especificar el concepto de coordinación, así la STC 42/1983 plantea que “La coordinación tiene por objeto la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo

disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían, respectivamente, la realidad misma del sistema... y, por último, ha de ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema” o en la STC 214/1989 que expone que “...toda coordinación conlleva un cierto poder de dirección, consecuencia de la posición de superioridad en que se encuentra el que coordina respecto al coordinado...” y por

último la STC 102/1995 que presenta las características de la coordinación “...la cooperación consiste en aunar esfuerzos, y la coordinación, cuya esencia es la unidad de actuaciones, no significan dirección o gestión, ni tampoco por tanto ejecución, sino moverse en una dimensión formal, no material y en un plano horizontal, ajeno a cualquier tentación de jerarquía o verticalidad. La eficiencia o eficacia exigible de la actividad administrativa conducen directamente a la coordinación como principio funcional y, por tanto, organizativo de las administraciones públicas”.

En el artículo 73.1 de la Ley General de Sanidad 14/1986 se encuentra la definición de coordinación general sanitaria que debe ser ejercida por el Estado. La coordinación general sanitaria consistiría en fijar medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica en terminados aspectos y la acción conjunta de las administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, la necesidad de la existencia de coordinación dentro del

Sistema Nacional de Salud nace de la necesidad de garantizar por un lado la equidad de las prestaciones sanitarias dentro del sistema y por otro la posición de igualdad de los españoles en el ejercicio de sus derechos fundamentales. Aunque debido al sistema autonómico sea normal la existencia de cierta variabilidad en las actuaciones sanitarias y en las características con las que se presta un determinado servicio sanitario entre los distintos sistemas de salud, la misión asignada al Ministerio de Sanidad y Consumo es establecer la coordinación necesaria que suponga minimizar esa variabilidad en la gestión sanitaria. De esta necesidad de coordinación partió la elaboración y publicación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece acciones y ámbitos de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

Las herramientas existentes para mejorar la coordinación son múlti-

bles y se han venido utilizando en mayor o menor medida en los últimos años. Podríamos destacar entre las posibles herramientas de coordinación: los organismos de coordinación general como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sus comisiones sectoriales y sus grupos de trabajo; la financiación selectiva de ciertos programas de interés en el ámbito estatal; la financiación de programas que cumplan ciertos criterios o estándares de calidad, la cartera común de servicios, el establecimiento de un glossario común de conceptos básico, los planes integrales, la implantación de sistemas de acreditación/certificación, la creación de foros de consenso, la utilización de herramientas de gestión del conocimiento, los sistemas de información comunes, la aplicación de metodologías de gestión de las reuniones, etc.

Otra cuestión a tener presente al hablar de coordinación es la necesidad de conseguir un acuerdo sobre cómo evaluar la existencia o falta de coordinación, es decir, qué nivel de coordinación tiene un determinado sector. En este sentido, consideramos que una buena medida de coordinación es la homogeneidad de las actuaciones.

La coordinación puede aplicarse a múltiples ámbitos sanitarios, uno de estos aspectos es el de la prestación de servicios sanitarios, en donde la evaluación de la coordinación se puede hacer por el nivel de variabilidad que se aplica en cuanto al diseño, técnica utilizada, calidad, accesibilidad y seguridad en la prestación del servicio. De esta forma se podría considerar que existe coordinación en la prestación de servicios sanitarios cuando se consigue que un determinado servicio sanitario se oferte de forma homogénea, o con una mínima variabilidad, en todas las Comunidades Autónomas (CCAA).

Teniendo en cuenta las premisas antes mencionadas se presenta a continuación una experiencia de coordinación en la prestación de servicios sanitarios entre CCAA que lleva más de 10 años de funcionamiento con excelentes resultados, y que pretende la coordinación entre las CCAA a la hora de la prestación del servicio de detección precoz poblacional de cáncer de mama. La detección precoz poblacional de cáncer de mama es un servicio que desde el año 1990 se ha ido incluyendo en la oferta de servicios de las CCAA. En la prestación de este servicio existen bastantes

variables, como el tramo de edad al que se oferta, las mamografías que se realizan, los métodos de evaluación radiológica, los sistemas de calidad física, etc. que podrían suponer una importante variabilidad en la prestación de un determinado servicio.

Descripción de la experiencia

La resolución de 7 de julio de 1986 del Consejo de la Comunidad Europea recoge el interés por poner en marcha un programa europeo de acción contra el cáncer. Entre otros objetivos se priorizó la necesidad de intercambiar información y experiencias entre los estados miembros en relación con programas de prevención y diagnóstico precoz. Con estas premisas se establece en 1987 el programa “Europa Contra el Cáncer”, que incluía un apartado dedicado a la prevención secundaria considerando la necesidad de puesta en marcha de programas poblacionales de cribado para localizaciones tumorales específicas, como el caso del cáncer de mama.

El plan de acción para los años 1988-1989 incluyó entre sus objetivos la reducción de la mortalidad por cáncer en el año 2000 de un 15%,

y entre otras actividades se recomendó la puesta en marcha de programas poblacionales de detección precoz de cáncer de mama. Dada la escasa experiencia que hasta ese momento se tenía sobre la puesta en marcha y posterior desarrollo de este tipo de programas poblacionales dentro del marco del programa Europa Contra el Cáncer, se estableció una red (*European Breast Screening Network*) en la que se incluiría una región por cada país de los estados miembros. Por parte de España, desde el Ministerio de Sanidad se designó a Navarra como región a integrarse en dicha red, dado que además de cumplir con los requisitos que se exigían Navarra estaba en ese momento iniciando los trámites para poner en marcha un programa de características similares.

Navarra, como integrante de esa red, comenzó los contactos con diferentes CCAA que estaban considerando la puesta en marcha de programas análogos (Galicia, Comunidad Valenciana, La Rioja, etc.) con las que de manera informal se iban estableciendo las pautas y requisitos que el desarrollo de este programa suponía, los protocolos de actuación para diferentes procesos, los estándares de calidad que se debían considerar, etc.

Estos contactos se tradujeron en la organización en Navarra los días 21 y 22 de octubre de 1997 de la primera reunión de programas españoles, en la que ya participaron todas las CCAA, aunque algunas de ellas todavía no habían iniciado el correspondiente programa. En esta primera reunión “Diagnóstico precoz del cáncer de mama: Teoría y práctica” se revisaron en diferentes grupos de trabajo los aspectos epidemiológicos, radiológicos, cito-patológicos, control de calidad de imagen y psicológicos de programas de detección precoz de cáncer de mama, sentándose las bases para la constitución de un grupo de coordinación entre CCAA que periódicamente revisaría estos aspectos y evaluaría la marcha del cribado de cáncer de mama en España.

Esta coordinación, asumida por consenso de los responsables de los programas de cribado de cáncer de mama de las 17 CCAA, ha supuesto de hecho la creación de la red de los programas de detección precoz de cáncer de mama de ámbito ibérico, que aunque no está constituida formalmente se ha articulado a través de reuniones anuales de coordinadores de programas, contactos a través del correo electrónico y la página web.

El lugar para la organización de las reuniones se propone de un año para el siguiente por alguno de los responsables de las CCAA; algunas de estas reuniones se han realizado en Portugal.

La CA organizadora se encarga de la elaboración del programa de trabajo y de la organización material de las jornadas. Según los temas a tratar se invita a diferentes ponentes, generalmente miembros de la misma red.

Después de la reunión de Navarra la siguiente se celebró en Valencia en mayo de 1999, con la asistencia de los representantes de las 17 CCAA. En esa reunión se abordaron temas relacionados con la calidad de los programas, puesta en común de criterios metodológicos y se hizo una primera propuesta de elaborar unos indicadores comunes de evaluación.

En el año 2000 la reunión se realizó en Santiago; en ella participaron, además de las 17 CCAA, responsables de los programas de cáncer de mama de Portugal, que han mantenido su asistencia en la mayoría de reuniones. Se elaboró por primera vez un cuestionario sobre características metodológicas y organizativas de los programas. Este cuestio-

nario ha permitido tener una descripción de la situación del cribado de cáncer de mama en España con actualizaciones anuales. También se redactó un documento de consenso, en el que se realizaban una serie de recomendaciones para la organización de programas de cribado de cáncer de mama.

Tanto el análisis del cuestionario sobre organización de los programas como el conjunto mínimo de indicadores han sido temas incorporados en todas las reuniones a partir de este momento.

En el año 2001 la reunión tuvo lugar en Bilbao; allí se abordaron temas relacionados con la calidad de la lectura mamográfica y las encuestas de satisfacción de las usuarias. En el año 2002, en Tenerife, se trataron entre otros temas el de la protección de datos y la atención psicosocial. En el 2003, en Logroño, se incorporó en el programa el control de calidad de los programas y criterios sobre la información a proporcionar las mujeres.

En el año 2004 la reunión se realizó en Lisboa, donde se presentaron los primeros estudios de impacto de los programas de cáncer de mama. En el año 2005, en Barcelona,

se planteó la necesidad de elaborar un protocolo común para la identificación y el análisis de los cánceres de intervalo y se analizó el tema de la mamografía digital. En el año 2006, en Madrid, se presentaron los programas sobre consejo genético en cáncer familiar.

En el año 2007 la reunión se ha realizado en Coimbra, en donde los responsables de los programas de cribado de cáncer de mama de Portugal han expuesto sus experiencias, y por otra parte se ha profundizado en el tema de la mamografía digital, en cuya trasformación están inmersos la mayoría de programas.

La metodología utilizada en las reuniones, a las que acuden los responsables técnicos de los programas, se basan en presentaciones que realizan los distintos programas sobre aspectos novedosos o de gestión de los mismos y la exposición de los resultados de la encuesta anual. Los resultados de esta encuesta se presentan con mapas en los que se indica el posicionamiento de cada uno de los programas respecto a una característica del servicio (fig. 1). Esta representación, en la que se observa cuál es la postura de la mayoría de los programas, conduce a los que tienen

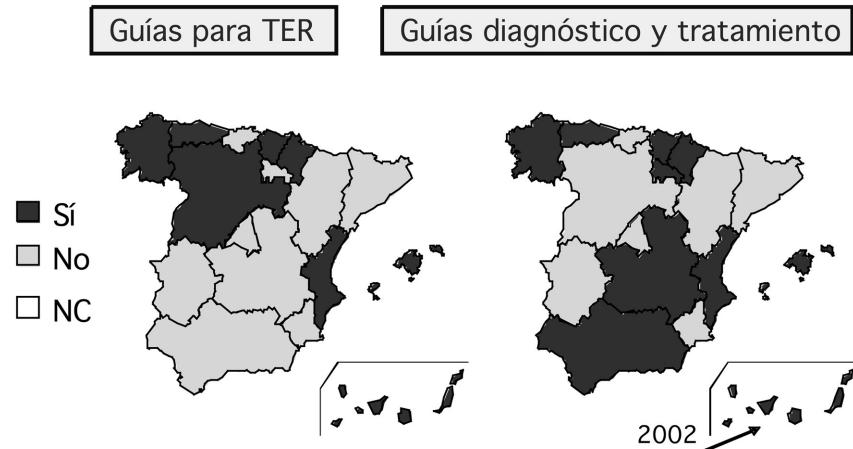


Figura 1. Elaboración de guías. NC: no contesta.

posicionamientos distintos a la homogeneización para evitar salir como desviación.

Resultados de la experiencia

Independientemente de los beneficios que cada uno de los programas ha ido obteniendo a lo largo de los años con la participación en esta red virtual, podemos identificar varios resultados respecto a la homogeneización o disminución de la variabilidad en la prestación de este servicio poblacional dentro del Sistema Nacional de Salud. Los datos son extraídos de la encuesta anual que los

17 programas contestan y envían para su análisis.

A lo largo de los años de experiencia de la red se han unificado los estándares y criterios con los que se está prestando el servicio de detección precoz, pudiéndose apreciar en la evolución de los mapas y gráficos que se presentan a continuación. Los criterios en los que se ha producido una homogeneización han sido la prueba de cribado, el número de proyecciones que se utilizan, el número mínimo de mamografías que tienen que leer los radiólogos del programa, el uso de la clasificación *bi-rads* en la evaluación de las mamo-

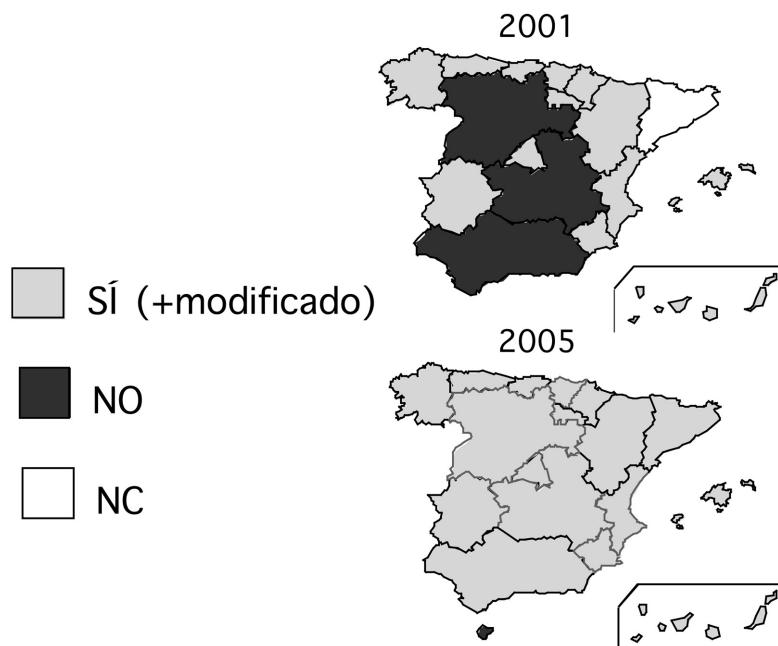


Figura 2. Uso de la clasificación bi-rads. NC: no contesta.

grafías (fig. 2), la periodicidad del cribado (fig. 3), utilización del protocolo europeo de control de calidad (fig. 4), la elaboración de guías, etc.

Conclusiones

Parece evidente que la sistemática utilizada dentro de esta red ha permitido alcanzar resultados en la coordinación en el ámbito nacional de los programas poblacionales de detección precoz de cáncer de mama. Ana-

lizando algunas de las características del tipo de coordinación que se ha empleado en la red podríamos resaltar las expuestas a continuación.

El liderazgo de la red ha sido de tipo técnico, los programas que han ejercido inicialmente este liderazgo fueron los que pertenecían a la *European Breast Screening Network* y que más consolidada tenían la organización. Otra característica del liderazgo ha sido su sistema compartido; no ha habido un programa que

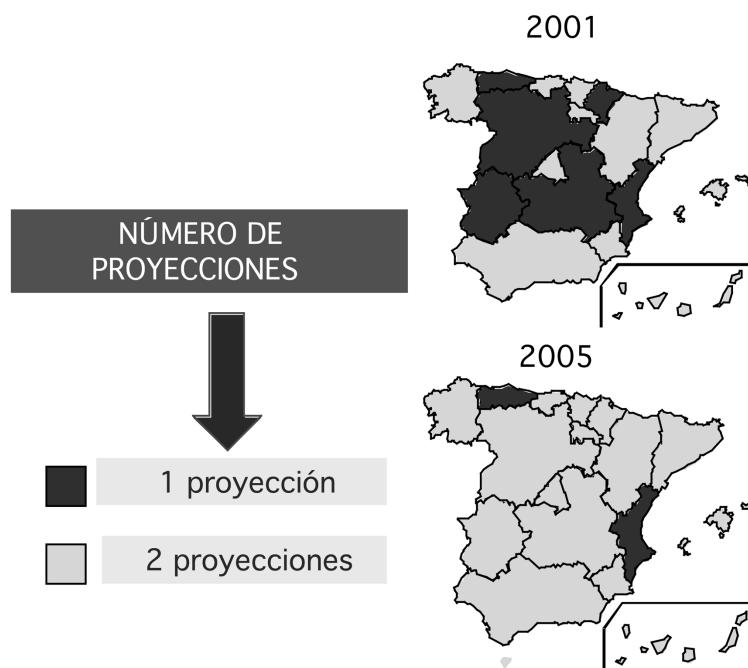


Figura 3. Cribados sucesivos.

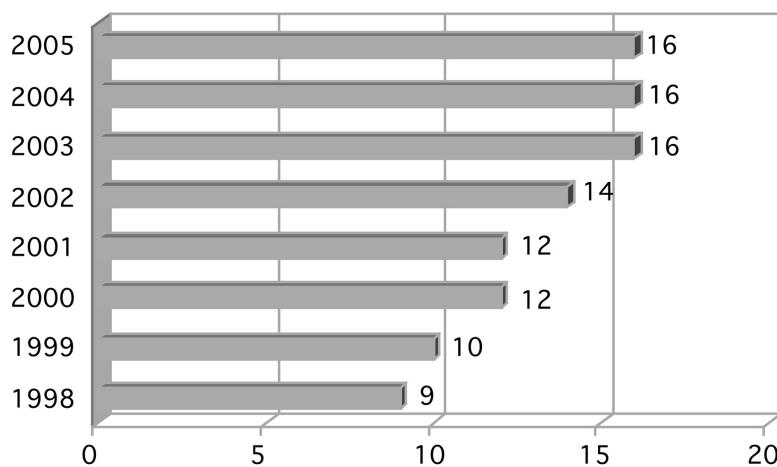


Figura 4. Número de programas que utilizan el “Protocolo europeo”. Evolución 1998-2005.

se le hubiese asignado el papel de dirección o coordinación de la red, sino que han sido varios. Un aspecto de interés en el tema de liderazgo es la asignación de la responsabilidad a los distintos programas regionales, de la celebración de las reuniones anuales, lo cual ha implicado una asunción de liderazgo temporal de la red por parte del programa propuesto para la celebración de la reunión anual.

El nivel jerárquico de los responsables y asistentes a las reuniones es técnico, de forma que las conclusiones de las reuniones no implican posicionamientos políticos. Estas decisiones son propuestas para su implantación en cada Comunidad respectiva, en donde deberán pasar por la aprobación de responsables políticos.

La metodología de las reuniones y de la comunicación entre reuniones está establecida informalmente, pero se ha mantenido con muy buenos resultados a lo largo de los años. En las reuniones una característica básica es la no imposición de un determinado criterio; en general sólo se exponen los posicionamientos de cada programa y se intercambia información técnica. Tampoco se esta-

blecen compromisos, pero sí orientaciones por consenso.

La red creada no tiene una organización formal, lo cual permite un alto grado de flexibilidad. Igualmente no existe un compromiso formal con la red y sólo se mantendrá si los componentes encuentran beneficio en su participación.

La página web permite la existencia de un repositorio de información de todos los documentos básicos, de tal forma que todos los programas disponen de la misma información para mejorar su gestión.

La encuesta sobre situación de la organización de los programas y el establecimiento de un conjunto de indicadores comunes de cribado de cáncer de mama son dos de las herramientas creadas más eficaces para conseguir la homogenización de todos los programas.

La presentación de experiencias en innovación en las reuniones anuales ayuda a los programas a disponer de la información más actual, sin tener que utilizar recursos de cada uno de ellos para analizar la misma información y elaborar informes muy parecidos, pues se suele encomendar a algún programa que realice este trabajo para el resto. Es otra

típica herramienta de gestión del conocimiento.

Como conclusión podríamos decir que la red de los programas de detección precoz de cáncer de mama de ámbito ibérico ha permitido el intercambio de experiencias, el apoyo mutuo, la elaboración de documentos metodológicos de consenso, como por ejemplo el protocolo de identificación de cánceres de intervalo y la elaboración de indicadores comunes de evaluación. Además, gracias a los

cuestionarios que se han cumplimentado cada año se dispone de la descripción de la evolución del cribado de cáncer de mama en España; esta información se hace pública a través de una página web (ppc.cesga.es)

Consideramos que se trata de una importante experiencia de coordinación de servicios sanitarios en España y que algunas de sus características y metodologías podrían servir para mejorar la coordinación en otras áreas de actuación sanitaria.

