

RESOLUCIÓN de 28 de junio de 2011, por la que se ordena la publicación del Informe de Fiscalización del «Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama» correspondiente al ejercicio 2009.

En virtud de las facultades que me vienen atribuidas por el artículo 21 de la Ley 1/1988, de 17 de marzo, de la Cámara de Cuentas de Andalucía, y del acuerdo adoptado por el Pleno de esta Institución, en la sesión celebrada el 23 de febrero de 2011,

RESUELVO

De conformidad con el artículo 12 de la citada Ley 1/1988, ordena la publicación del Informe de Fiscalización del «Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama», correspondiente al ejercicio 2009.

Sevilla, 28 de junio de 2011.- El Presidente, Antonio M. López Hernández.

FISCALIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE MAMA EJERCICIO 2009 (OE 02/2010)

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 23 de febrero de 2011, con la asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar por unanimidad el Informe de Fiscalización del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama, correspondiente al ejercicio 2009.

ÍNDICE

- I. Introducción.
- II. Objetivos y Alcance del Trabajo.
- III. Resultados de la Fiscalización.
 - III.1 Programa de Detección Precoz Cáncer de Mama.
 - III.1.1. Descripción del programa.
 - III.1.2. Pruebas de auditoría realizadas y resultados obtenidos.
 - III.2. Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama.
 - III.2.1. Pruebas de auditoría realizadas y resultados obtenidos.
- IV. Conclusiones Y Recomendaciones
- V. Anexos.
- VI. Alegaciones.

ABREVIATURAS

| | |
|---------|---|
| AE | Asistencia Especializada. |
| AP | Asistencia Primaria. |
| AECC | Asociación Española contra el Cáncer. |
| BI-RADS | Breast Imaging Reporting and Data System. |
| CCA | Comunidad Autónoma de Andalucía. |
| EASP | Escuela Andaluza de Salud Pública. |
| GPP | Gestión por Proceso. |
| HARE | Hospital Alta Resolución. |
| PAI | Proceso Asistencial Integrado. |
| PAICM | Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama. |
| PDP | Programa de Detección Precoz. |
| PDPCM | Programa de Detección Precoz Cáncer de Mama. |
| SAS | Servicio Andaluz de Salud. |
| SSCC | Servicios Centrales. |
| SSPA | Sistema Sanitario Público Andaluz. |

I. INTRODUCCIÓN

1. La Cámara de Cuentas de Andalucía de acuerdo con las funciones atribuidas por la Ley 1/1988, de 17 de marzo, incluyó en el Plan de Actuaciones para 2010, un informe de fiscalización del “Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama” referido al ejercicio 2009.

2. La Gestión por Procesos (GPP) se propone en el III Plan Andaluz de Salud y el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud, como una alternativa a la gestión y organización tradicional de la asistencia sanitaria.

3. El proceso asistencial integrado se define como “El conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios”.

4. La Gestión por Procesos exige la interconexión entre distintos niveles de la atención sanitaria: atención primaria, atención especializada y hospitalaria. Consiste en establecer un continuo asistencial para cada proceso o síntoma concreto, de forma que, con independencia del recurso elegido por el ciudadano, la asistencia prestada responda a los parámetros de eficiencia y calidad esperados por los usuarios.

5. El cáncer de mama constituye un importante problema de salud siendo la primera causa de muerte por neoplasia en las mujeres de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

6. La selección de este tipo de enfermedad como uno de los 20 problemas de salud cuya atención puede mejorarse, desde la óptica de la estructuración de procesos asistenciales integrados, queda plenamente justificada, ya que su adecuada atención precisa de una secuencia ordenada de actividades que implican una oferta amplia y diversa de servicios y recorren el espectro completo del sistema sanitario público de Andalucía.

7. El Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama (PAICM) se define como *las accio-*

nes sanitarias a realizar en pacientes que presentan signos y/o síntomas clínicos o hallazgos en pruebas diagnósticas con técnica de imágenes sospechosas de malignidad, procedente de cualquier nivel de asistencia: asistencia primaria (AP), atención especializada (AE), hospitalización, consultas externas, urgencias o programa de detección precoz.

8. La detección precoz mediante la realización de estudios mamográficos periódicos permite disminuir la mortalidad por esta causa, con la garantía de una rápida respuesta en caso de detección de alguna lesión sospechosa.

9. Por esta razón, desde el ejercicio 1995 y con implantación progresiva en los distintos distritos de Atención Primaria del SSPA, se puso en marcha el **Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDP)**, siguiendo las Directrices que en su día marcó la Red Europea del Cáncer de Mama:

- Programa de base poblacional (censo municipal).
- Mujeres con edades comprendidas entre 50-65 años.
- Periodicidad bienal.

10. Dadas las características geográficas y poblacionales de nuestra comunidad, esta actividad ha ido implantándose progresivamente, hasta llegar en el año 2004 a incluir en el programa a todas las mujeres residentes en Andalucía con edades comprendidas entre 50- 65 años. Una vez alcanzada el 100% de la cobertura en esta franja de edad y siguiendo las recomendaciones del Consejo Europeo sobre cribado del cáncer de mama, en el 2006 se amplió la edad de la población diana hasta los 69 años. En 2009 se ha vuelto a alcanzar el 100% de la cobertura.¹

11. La gestión del PDP se lleva a cabo desde los distritos sanitarios de atención primaria, los cuales disponen de una aplicación informática, elaborada por la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con el SAS, cuya explotación se realiza individualmente en cada Distrito.

¹ Punto modificado por alegación presentada.

12. Los objetivos generales del programa en nuestra Comunidad Autónoma son los siguientes:

- Disminuir la mortalidad por cáncer de mama al menos en un 30% tras un periodo de seguimiento entre 7 y 10 años.
- Conseguir detectar la mayor parte de los tumores en estadios precoces.
- Mejorar la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas y tratadas al poderles ofrecer intervenciones menos agresivas.

13. Para ello, se realiza una mamografía bienal y con doble lectura radiológica. Las mujeres con sospecha diagnóstica de cáncer de mama son derivadas para su estudio y/o tratamiento al hospital de referencia.

14. El límite de entrada al PAICM son pacientes con signos o síntomas clínicos de sospecha que pueden proceder del Programa de Detección Precoz o de otras vías de acceso al sistema sanitario (mujeres sintomáticas procedentes de atención primaria, consultas externas, urgencias).

II. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL TRABAJO

15. El trabajo de fiscalización se configura como una auditoría operativa de carácter horizontal al objeto de realizar la evaluación funcional del PAICM, verificando la operatividad de todas las fases que lo integran y el cumplimiento de los objetivos propuestos por la Consejería de Salud a los distintos centros implicados en las acciones que componen el proceso: accesibilidad, coordinación de todos los profesionales, rapidez de respuesta en diagnóstico y tratamiento, transparencia de información y calidad de la asistencia prestada.

16. El objetivo del informe consiste en concluir sobre la eficacia, eficiencia, economía, accesibilidad y equidad en la ejecución del Proceso Integral Cáncer de Mama por parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía durante el ejercicio 2009.

17. El trabajo de campo se ha realizado en las siguientes provincias y centros:

A) Programa de Detección Precoz (PDP) liderado y gestionado desde el nivel de atención primaria, 24 Distritos de Atención Primaria y 9 Áreas de Gestión Sanitaria, con un total de 38 puntos de notificación distribuidos entre las 8 provincias de la Comunidad Autónoma. Se han analizado los siguientes distritos sanitarios: Aljarafe (Sevilla); Poniente (Almería); Antequera (Málaga); Bahía y la Janda (Cádiz).²

B) Seguimiento del Proceso Asistencial en los centros hospitalarios: entradas procedentes del PDP o de otras vías de acceso (consulta de atención primaria, consultas externas hospitalarias, urgencias). Se han analizado los siguientes hospitales: Hospital de San Juan de Dios (Bormujos, Sevilla); Hospital de la Mujer (Virgen del Rocío, Sevilla); Empresa Pública Hospital de Poniente (El Ejido, Almería); Hospital Torrecárdenas (Almería); Área Sanitaria de Antequera (Málaga) y Hospital Puerta del Mar (Cádiz).

18. Puede observarse que los hospitales de referencia seleccionados prestan sus servicios según las distintas modalidades de gestión: El Hospital San Juan de Dios del Aljarafe presta atención sanitaria a los usuarios del sistema público de salud en su área de referencia en virtud del Convenio suscrito el 1 de diciembre de 2003 entre el Servicio Andaluz de Salud y la Provincia Bética de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios; para la constitución de un Consorcio Sanitario Público entre ambas entidades. El Hospital de la Mujer, Hospital Torrecárdenas, el Hospital Puerta del Mar y el Área Sanitaria Hospital de Antequera son centros hospitalarios adscritos al SAS y el Hospital de Poniente se configura como empresa pública sanitaria dependiente de la Consejería de Salud.³

19. Se han seleccionado indicadores de calidad definidos por la Consejería de Salud, aplicando criterios de validez, relevancia, comparabilidad y "mínimo número-máxima información". La fuente principal de información ha sido la documenta-

² Punto modificado por alegación presentada.

³ Punto modificado por alegación presentada.

ción clínica registrada en formato papel o bien informático, según los centros.

20. El trabajo de campo concluyó el 30 de julio de 2010.

21. La comprensión adecuada del presente informe requiere una lectura global del mismo. Cualquier conclusión sobre un párrafo o epígrafe pudiera no tener sentido aisladamente considerada.

III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

III.1 PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ CÁNCER DE MAMA

III.1.1 Descripción del programa

22. Como se expone en el punto 8 de este informe, el objetivo del PDP es la detección precoz de lesiones de malignidad mediante la realización de estudios mamográficos periódicos, que permitan disminuir la mortalidad por esta causa, con la garantía de una rápida respuesta en caso de detección de alguna lesión sospechosa.

23. El PDP en Andalucía, realiza una citación personalizada de las mujeres, independientemente de otros métodos de sensibilización de la población.

La citación se realiza a través de los datos obtenidos del padrón municipal y la tarjeta sanitaria, depurados con los datos de mortalidad y de patología mamaria maligna previa.

La cobertura total por el PDP de la población diana (mujeres susceptibles de ser incluidas en el programa de cribado según los criterios de edad y residencia) se aborda en un periodo de dos años.

En primer lugar, la mujer recibe en su domicilio una carta en la cual se presenta el programa, y se le avisa de que próximamente recibirá una citación.

Una o dos semanas después de la carta, la mujer recibirá en su domicilio, la comunicación del día, hora y lugar de la cita para realizarse la mamografía.

Con motivo de aumentar la tasa de captación, se realiza una captación activa y una nueva citación a aquellas mujeres que no acuden a la primera cita.

24. La aplicación informática que gestiona el PDP es específica, y fue diseñada por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) en colaboración con el SAS.

25. El software se ha instalado en todos los distritos sanitarios, y se encarga tanto de la gestión de citas como del almacenamiento y explotación de la información. Así mismo, se ha instalado en los hospitales con objeto de facilitar la notificación de la información hospitalaria.

26. La coordinación del PDP corresponde a los Servicios Centrales del SAS. A partir de la información aportada por los distritos sanitarios y centros hospitalarios deben calcularse los indicadores de calidad diseñados para el seguimiento del programa y se realiza el seguimiento de los objetivos de captación, participación y resultados establecidos en los contratos programa.

27. Cada distrito tiene una base de datos independiente, que no permite gestionar la información de forma conjunta y en tiempo real. Esta limitación técnica dificulta, y en muchos casos impide, realizar la función de coordinación, verificación, explotación y control de los datos encomendada a los SSSC.

28. En el ámbito clínico del programa, la prueba diagnóstica realizada consiste en un estudio mamográfico bilateral, tanto en la primera vuelta (vuelta de prevalencia), como en sucesivas (vuelta de incidencia), con periodicidad bienal.

De las pruebas radiológicas se realiza doble lectura independiente y no consensuada. En caso de discordancia en la actitud tras la valoración por los dos radiólogos, se lleva a cabo la acción más intervencionista establecida por ellos.

Para la lectura de las mamografías se utiliza el sistema de descripción y clasificación de hallazgos radiológicos “BI-RADSTM (Breast Imaging Reporting and Data System)”, del Colegio Americano de Radiología por considerar que es el sistema de mayor aceptación y utilidad en el momento actual.

El sistema BI-RADSTM describe las lesiones detectadas, asigna una categoría de sospecha mamográfica y recomienda una actitud en relación con la sospecha de los hallazgos (del nivel 1 al 5 en función de la gravedad: 1 normal, 2 lesión con características benignas, 3 anomalía presente de importancia indeterminada, 4 características sospechosas de malignidad y 5 características malignas).

29. Dadas las peculiaridades de nuestra Comunidad Autónoma (superficie, dispersión geográfica, etc.) son necesarios diversos tipos de unidades de exploración.

30. En la actualidad, funcionan en Andalucía un total de 56 unidades de exploración mamográfica (§ cuadro nº 1), clasificadas en los siguientes tipos:

- Unidades fijas: En los grandes núcleos urbanos, con gran concentración de población. Posibilitan el acceso a 20.000 mujeres de la población diana.

- Unidades móviles: Se utilizan en zonas con gran dispersión geográfica y posibilitan el acceso a 30.000 mujeres de la población diana.

- Unidades hospitalarias: Se utilizan los mamógrafos instalados en los hospitales comarcales para la exploración mamográfica de las mujeres de los municipios cercanos. Dan la posibilidad de acceder de 4.000 a 10.000 mujeres.

31. En el marco de un acuerdo de colaboración, iniciado en el ejercicio 1995 y suscrito en un nuevo plazo el 31 de diciembre de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2010, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y el SAS realizan de forma conjunta el desarrollo del PDP en el ámbito de la CAA, con unidades fijas y móviles.

En el citado acuerdo se establece el número de estudios por año que se realizarán por parte de la AECC, la población diana a cubrir, el coste de los servicios prestados y la periodicidad de los pagos a realizar por parte del SAS.

Dadas las características del acuerdo firmado, se debe indicar que el negocio jurídico que se suscribe tiene naturaleza de contrato de servicios y no de convenio o acuerdo de colaboración, y que en el caso de haberse promovido la libre concurrencia, podrían haber sido realizados por cualquier otro proveedor de servicios radiológicos.

| UNIDADES DE EXPLORACIÓN MAMOGRÁFICA PARA EL EJECUCIÓN DEL PDP | | | | | | | | | |
|---|------------|----------|----------|------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| | Almería | Cádiz | Córdoba | Granada | Huelva | Jaén | Málaga | Sevilla | Andalucía |
| Fijas SAS | - | 3 | 3 | 1 | - | 1 | 3 | 4 | 15 |
| Fijas AECC | 1 | - | - | 1 | 1 | - | 2 | 1 | 6 |
| Hospitalarias SAS | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 15 |
| Hospitalarias EP | 1 | - | 2 | 1 | - | 1 | - | - | 5 |
| Hospitalaria consorcio | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| Hospitalaria Pascual | - | 2 | - | - | - | - | - | - | 2 |
| HARE | - | - | 1 | - | - | 2 | - | 2 | 5 |
| Móvil SAS | - | 1 | - | - | - | - | 1 | 2 | 4 |
| Móvil AECC | 0,5 | - | 1 | 0,5 | - | 1 | - | - | 3 |
| Total | 3,5 | 7 | 9 | 5,5 | 3 | 7 | 9 | 12 | 56 |

Cuadro nº 1

III.1.2 Pruebas de auditoría realizadas y resultados obtenidos

32. Los distritos sanitarios y los hospitales de referencia tienen definidos en el contrato pro-

grama los objetivos específicos que deben alcanzar con relación a la ejecución del PDP. En todos los casos el cumplimiento de estos objetivos está vinculado a las retribuciones en concepto de productividad.

33. Para medir la eficacia, eficiencia y calidad asistencial alcanzada por el PDP se han utilizado los indicadores que el programa tiene definidos como instrumento de información y gestión.

34. En cada uno de los distritos de atención primaria analizados se ha seleccionado una muestra de las mujeres citadas en consulta durante el ejercicio 2009. La documentación soporte de la información codificada ha sido objeto de comprobación por el equipo de fiscalización mediante procedimientos de auditoría, con el fin de garantizar su integridad y fiabilidad.

35. A partir de los datos aportados por el programa informático y la verificación de la documentación clínica correspondiente, se ha comprobado el cumplimiento de los protocolos de actuación y de los objetivos específicos previstos en el PDP.

36. Se analizan a continuación los objetivos propuestos y los indicadores diseñados para medir la eficacia y en su caso la eficiencia del programa.

1. Captación de al menos un 70% de las mujeres entre 50 y 69 años.

37. Para medir la consecución de este objetivo se utiliza el indicador "Tasa de captación", que representa la proporción de mujeres captadas respecto a la población elegible. Su cálculo es el siguiente:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres captadas}}{\text{Población elegible}} \times 100$$

Las mujeres captadas son aquellas con las que se ha contactado, y bien, participan en el programa realizándose el estudio mamográfico de cribado (test de screening), aportan estudio mamográfico o se conoce el motivo por el que no acuden al programa.

La población elegible es la totalidad de mujeres de la población diana a las que se ha ofrecido la realización de la exploración de cribado en el periodo evaluado (son las mujeres invitadas). En el caso de Andalucía, la población diana y

elegible coinciden, ya que el programa se ha ofrecido a la totalidad de mujeres susceptibles de ser incluidas según los criterios de edad y residencia.

38. El objetivo específico fijado para el ejercicio 2009 era alcanzar al menos una tasa de captación del 70% de la población. Según los datos facilitados por los SSCC del SAS, la tasa de captación en este ejercicio ha sido del 71,68% y la tasa acumulada desde el inicio del programa asciende al 81,8% (§ VI. Anexos).

39. Otro indicador diseñado en relación con la cobertura del programa es el de "tasa de participación global". En este caso se calcula, con independencia del número de citaciones, el porcentaje de mujeres que han sido exploradas al menos una vez:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres exploradas}}{\text{Población elegible}} \times 100$$

40. Según los datos facilitados al equipo de fiscalización, en el ejercicio 2009 la tasa de participación ha sido del 68%, alcanzando una participación acumulada desde el inicio del 78,5% (§ VI. Anexos).

41. No se fija como objetivo un porcentaje de participación mínimo.

42. Aunque están previstos indicadores de detalle sobre la tasa de participación (exploraciones iniciales, sucesivas regulares, sucesivas irregulares), no se están explotando los datos disponibles.

2. Conseguir que el número de mujeres que se deriven al hospital, para completar estudio sea de entre 10 y 12% de las exploradas.

43. El indicador de derivación hospitalaria calcula el porcentaje de mujeres que, tras la prueba de cribado, son derivadas al hospital para completar el diagnóstico.

La utilidad de este indicador es medir la calidad de los informes radiológicos realizados, según la incidencia esperada de este tipo de lesiones para una población estándar.

44. En el ejercicio 2009 han sido derivadas un 6,54% de las mujeres exploradas, alcanzándose un total acumulado de derivaciones desde el inicio del programa del 16,28%. No se dispone de informes de valoración de este indicador (§ VI. Anexos).

3. Alcanzar una tasa de detección de tumores entre dos y tres por mil mujeres exploradas.

45. Se define la tasa de detección como el porcentaje de mujeres a las que se les diagnostica un tumor maligno de mama entre las exploradas. Al igual que el indicador anterior, evalúa la calidad de las pruebas diagnósticas realizadas.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres con tumor maligno} \times 1000}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres exploradas}}$$

46. Durante el ejercicio 2009 la tasa de detección ha sido del 1,22 por mil. Desde el inicio del programa hasta finales del ejercicio 2009 y en el ámbito de la Comunidad Autónoma, la tasa de detección acumulada es del 7,52 por mil (§ VI. Anexo III).

47. Otro indicador para medir la eficiencia del proceso es el porcentaje de mujeres derivadas a las que se les confirma el diagnóstico de tumor. Los valores de este indicador pueden ofrecer una información muy ajustada de la calidad de las lecturas diagnósticas realizadas por los radiólogos.

48. En los cuadros del Anexo I pueden observarse las diferencias en los valores de detección entre unas provincias y otras que en un principio podrían indicar la calidad de los distintos servicios radiológicos.

49. No obstante, en las revisiones realizadas durante el trabajo de campo en los distritos sanitarios, se ha podido comprobar que la información proporcionada sobre pacientes derivadas al hospital es incompleta e irregular.

Todo ello, a pesar de que el programa tiene establecido plazos límites para la devolución activa desde el hospital de la información del proceso diagnóstico y/o terapéutico de las mujeres deri-

vadas: 15 días para todas las pruebas diagnósticas, 15 días desde la biopsia y en caso de cánceres, 15 días desde la finalización del tratamiento oncológico.

50. Las razones por las que los circuitos de información no presentan la agilidad necesaria son los siguientes:

- No se ha establecido un responsable específico para la cumplimentación de las fichas correspondientes, que puede ser el hospital o la unidad administrativa del distrito sanitario según los casos.

- No se realiza un seguimiento de las fichas no informadas o con datos incompletos.

- No se realizan valoraciones, por parte de los responsables de la dirección del programa, sobre los resultados alcanzados según los indicadores de tasas de detección, por lo que la función de los SSCC se limita a la agregación de los datos remitidos sin ninguna actuación de dirección y control.

51. Estas debilidades de la información no permiten evaluar con la validez necesaria la eficiencia del sistema y la calidad de las lecturas.

4. Detección de carcinomas in situ en un porcentaje superior al 10% de los casos detectados y detección de tumores de menos de 2 cm. en un porcentaje superior al 50% de todos los casos detectados.

52. El seguimiento de estos objetivos se realiza a través de los indicadores llamados de “invasión”, que calculan la proporción de tumores según sus características (in situ, invasivo, desconocido, no disponible) y tamaño.

53. Del total de tumores registrados no se aporta información sobre histología en el 18,97% de los casos y en el 31,86% de los tumores detectados no se informa sobre su tamaño (§VI Anexos).

54. Como consecuencia de las deficiencias relativas a la información sobre la tasa de detección y la histología y tamaño de los hallazgos, los

datos aportados por el Servicio de Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud del SAS no reúnen los requisitos de integridad necesarios para medir y valorar de forma adecuada el cumplimiento del objetivo fijado.

55. La dirección del programa define otros objetivos de gestión que debido a la falta de información no han podido comprobarse:

- No se deja constancia documental de la evaluación periódica de los circuitos y los resultados del programa con la participación de los profesionales implicados.

- No se han realizado encuestas para conocer la opinión de las mujeres participantes en el PDPCM respecto a su funcionamiento y grado de satisfacción.

56. El sistema de garantía de la calidad del programa propone que se disponga de circuitos ágiles que permitan tiempos de respuesta adecuados en las principales etapas del programa:

- Tiempo para la lectura mamográfica: 15 días desde la realización.

- Tiempo de comunicación de resultados: menor o igual a 30 días desde la realización.

- Tiempo para la valoración adicional: entre 15 y 30 días según clasificación de los hallazgos radiológicos.

- Tiempo para el inicio del tratamiento: 30 días desde la confirmación diag-nóstica.

57. Aunque los Servicios Centrales del SAS no dispone de información para poder verificar el cumplimiento de los tiempos de garantía en su conjunto, según las pruebas de auditoría realizadas, en todos los centros seleccionados se ha comprobado el cumplimiento generalizado de los plazos establecidos, y se ha garantizado una respuesta ágil de los servicios sanitarios.

Debilidades del programa

58. Como resultado de los trabajos de campo realizados y con independencia de las limitacio-

nes de información descritas en los puntos anteriores, se han detectado los siguientes puntos débiles en el PDP:

- Como se expone en los puntos 25 y 26 de este informe, en los SSCC del SAS no disponen de una aplicación informática que permita la gestión integral de la información que el programa genera en cada uno de los distritos y centros implicados en su ejecución. La situación actual, con bases de datos totalmente independientes dificulta el cálculo de indicadores de gestión en tiempo real, de forma ágil y eficiente e impide realizar funciones de revisión, supervisión y control de los datos.

Esta deficiencia del sistema ha sido la causa por la que la Comunidad Autónoma de Andalucía no ha podido aportar información respecto al ejercicio 2008, en el encuentro nacional que anualmente organiza la Red de Programas de Cribado de Cáncer de Mama y que este año se ha celebrado en Asturias en junio de 2010.

- No se realizan por parte de los SSCC del SAS, auditorías internas sobre los datos suministrados por los distritos sanitarios y por los hospitales.

- No se han realizado ni estimaciones, ni cálculos económicos sobre el coste de la ejecución del PDP en el sistema sanitario público de Andalucía (implantación, desarrollo y funcionamiento), por lo que, se desconoce su afectación al presupuesto e impide obtener indicadores de eficiencia y economía, así como analizar el coste-efectividad de la incorporación de las medidas de prevención o de tratamiento y conocer el coste asociado a las decisiones clínicas.

III.2 PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE MAMA

59. La Gestión por Procesos (GPP) se propone en el III Plan Andaluz de Salud (2003-2008) y el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud, como una alternativa a la gestión y organización tradicional de la asistencia sanitaria. Es un modelo de gestión que tiene como objetivos mejorar la "calidad total" y los resultados asistenciales en términos de efectividad

clínica, satisfacción de los pacientes y de los profesionales y el uso adecuado de los recursos.

La Gestión por Procesos exige la interconexión entre distintos niveles de la atención sanitaria: atención primaria, atención especializada y hospitalaria. Consiste en establecer un continuo asistencial para cada proceso o síntoma concreto, de forma que, con independencia del recurso elegido por el ciudadano, la asistencia prestada responda a los parámetros de eficiencia y calidad esperados por los usuarios.

60. Esta fórmula de gestión se dirige en dos vertientes diferenciadas:

- Como gestión integral de recursos en los centros sanitarios (organigrama, funciones, objetivos, infraestructuras de los servicios, etc.).
- Aplicación de protocolos clínicos orientada al proceso asistencial integrado.

61. El PAICM es el conjunto de actividades destinadas a la confirmación diagnóstica y tratamiento integral (quirúrgico, médico y de apoyo) del cáncer de mama. El límite de entrada de las pacientes en el proceso puede ser cualquier nivel de asistencia: asistencia primaria (AP), atención especializada (AE), hospitalización, consultas externas, urgencias o programa de detección precoz.

62. La puesta en marcha del proceso ha dado lugar a la implantación, en todos los hospitales públicos donde se atiende esta patología, de "Unidades Multidisciplinares de Patología Mamaria". Estas unidades se constituyen como unidades funcionales que integran a todos los profesionales relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, con independencia del nivel asistencial al que pertenezcan. Se reúnen periódicamente para elaborar protocolos y planificar los tratamientos consensuados con la participación de los distintos profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento.

63. Los centros hospitalarios han sido dotados de recursos humanos y materiales, así como de medios técnicos adecuados que permiten la

realización de todas las actividades que aseguran un diagnóstico y tratamiento adecuado de la paciente.

Del mismo modo, se crea un circuito de comunicación fluido entre profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento y un sistema de información que permite el acceso a la historia clínica e informes previos para que todos los profesionales que atienden a la paciente conozcan su historia de manera integral y global y así coordinar la pruebas diagnósticas, los tratamientos y cuidados de enfermería.

III.2.1 Pruebas de auditoría realizadas y resultados obtenidos

64. Para la evaluación del proceso asistencial se seleccionaron los hospitales de referencia indicados en el punto 17 de este informe.

65. Las pruebas de auditoría se realizaron seleccionando una muestra con dos límites de entrada:

- Altas del ejercicio con código de diagnóstico y procedimiento concordante con el proceso asistencial objeto de análisis.
- Seguimiento de las derivaciones desde el PDP al hospital.

66. En todos los centros seleccionados se han analizado:

- **Procedimientos:** implantación de las unidades multidisciplinares de patología mamaria, seguimiento de los protocolos asistenciales por parte de los profesionales y servicios implicados, evaluación de los casos detectados por el comité de mamas, cumplimentación de los estudios histológicos preoperatorios, documentación soporte adecuada en la historia clínica.

- **Cumplimiento de plazos:** pruebas diagnósticas para confirmación de diagnóstico, inclusión en el registro de demanda quirúrgica, fecha de intervención o tratamiento coadyuvante, inicio de cuidados postoperatorios.

67. De las pruebas de auditoría realizadas, se puede concluir que los protocolos de actuación clínica se cumplen en todos los centros analizados, donde se ha comprobado la implantación de la unidad de patología mamaria y el comité de tumores.

68. Con independencia de la procedencia de las pacientes (PDP, atención primaria, atención especializada, urgencia) se ha podido comprobar la inmediatez y coordinación de los distintos niveles para asegurar la asistencia sanitaria inmediata y adecuada en cada caso.

69. Los plazos de inclusión en el registro de demanda quirúrgica y fechas de intervención se cumplen, en general, en todos los casos analizados, excepto en épocas coincidentes con periodos de vacaciones en los que se pueden producir razonables retrasos.

70. Tal como prevé el diseño del PAI, en los hospitales se ha creado la figura del coordinador del proceso, responsable de organizar y gestionar todas las actividades entre las unidades multidisciplinar implicadas en el proceso.

71. La documentación clínica, en general, resulta completa.

Debilidades del proceso

72. Como resultado de los trabajos de campo realizados se han detectado las siguientes debilidades:

- La información sobre los tumores detectados y los tratamientos realizados no se ajustan a un procedimiento específico. En cada uno de los hospitales que han sido objeto de análisis, aunque se dispone de la información, no está previsto un circuito normalizado que revierta la información a los niveles superiores (dirección o coordinación del PAICM en el ámbito sanitario público de Andalucía).

- En los casos de pacientes que proceden del PDP, la documentación que vuelve al programa es escasa y desigual según los hospitales, por lo que la información de la tasa de detección e histología de los tumores detectados a partir del programa resulta incompleta.

- El PAICM establece una serie de indicadores de calidad para evaluar el cumplimiento de los procedimientos y los plazos definidos en los puntos anteriores.

Estos indicadores no se calculan globalmente, por lo que no se dispone de una evaluación del funcionamiento del proceso en el conjunto del SSPA.

- Al igual que en el PDP, no se ha realizado ninguna estimación ni cálculo del coste del proceso asistencial en el sistema sanitario público de Andalucía. Aunque están previstos modelos para el cálculo de los costes de los PAI (estudios realizados y publicados por la Escuela Andaluza de Salud Pública), ni los Servicios Centrales del SAS, ni la Consejería de Salud dispone de información analítica sobre el PAICM que permita conocer el peso económico de estos procesos en el presupuesto sanitario.

- Dada la falta de información económica y analítica, no resulta posible calcular indicadores de economía y eficiencia del PAICM.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

73. De las pruebas de auditoría realizadas, se puede concluir que los protocolos de actuación clínica se cumplen en todos los centros analizados, donde se ha comprobado la implantación de la unidad de patología mamaria y el comité de tumores. (§67)

74. Con independencia de la procedencia de las pacientes (PDP, atención primaria, atención especializada, urgencia) se ha podido comprobar la inmediatez y coordinación de los distintos niveles para asegurar la asistencia sanitaria inmediata y adecuada en cada caso. (§68)

75. La cobertura del PDP es del 100% de la población diana. No obstante, la falta de información integral sobre los indicadores diseñados en el programa, impide disponer de estudios empíricos que evalúen la eficacia de la detección precoz en nuestra Comunidad Autónoma desde la puesta en marcha del programa hasta la actualidad. (§10 y §54)

Resulta necesario integrar la información en una base de datos única de forma que permita la evaluación, supervisión y control de los datos, así como la obtención de indicadores de resultados y eficacia del programa.

76. No se dispone de información analítica que evalúe el coste sanitario de la gestión mediante Proceso Asistencial Integrado del problema de salud que supone el cáncer de mama. Tampoco se dispone de estudios analíticos que permitan conocer la evaluación económica de la ejecución del PDP. (§58 y §72)

La falta de modelos analíticos impide conocer la relación coste-eficacia de la implantación de medidas de prevención y tratamiento, así como evaluar el coste asociado a las decisiones clínicas relacionadas con el desarrollo del Proceso Asistencial Integrado. (§72)

Se recomienda el impulso de la Consejería de Salud para la puesta en marcha de modelos de cálculos analíticos que permitan evaluar e identificar el peso económico de los modelos de gestión integral de salud en el presupuesto del SSPA, así como evaluar la correcta utilización de los recursos disponibles.

Eficacia: Cumplimiento de los objetivos del PAICM

77. La implantación en el SSPA del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama ha supuesto la interconexión de los distintos niveles de atención sanitaria y la reordenación de los recursos humanos, materiales y medios técnicos. Estas acciones han permitido un continuo asistencial en el tratamiento de este problema de salud (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas) y la mejora, tanto de la calidad del servicio como de los resultados asistenciales obtenidos en términos de efectividad clínica.

78. Actualmente no se dispone de estudios empíricos que permitan concluir sobre el objetivo de disminución de la mortalidad en un 30% (§75)

79. No se dispone de información que permita conocer la satisfacción de las usuarias del proceso, tanto en la fase de screening, como en la fase asistencial. (§55)

Eficiencia y economía en la utilización de los recursos

80. No se dispone de información económica ni analítica sobre el coste de los recursos asignados al Proceso Asistencial Integrado. (§76)

Estas limitaciones impiden concluir sobre la eficiencia y economía del Proceso Asistencial Integrado.

Accesibilidad y equidad

81. La distribución de los recursos del Proceso Asistencial se ha realizado atendiendo a criterios de densidad, concentración de la población y disponibilidad de los servicios públicos y permiten el acceso al SSPA en términos de igualdad y equidad en todo el territorio de la CAA.

V. ANEXOS

ANEXO I

INDICADORES DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA.
DATOS ACUMULADOS A 31/12/2009

| Provincia | Elegibles | Acuden | Exploradas | Derivadas | Cáncer | Tasa Captación | Tasa Participación | Tasa Detección | % Derivac. | %Cáncer /derivac. |
|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|--------------------|----------------|--------------|-------------------|
| Almería | 81.475 | 66.037 | 63.279 | 7.799 | 384 | 81,05 | 77,67 | 6,07 | 12,32 | 4,92 |
| Cádiz | 139.286 | 118.699 | 114.103 | 8.866 | 917 | 85,22 | 81,92 | 8,04 | 7,77 | 10,34 |
| Córdoba | 92.396 | 79.042 | 77.109 | 16.663 | 760 | 85,55 | 83,45 | 9,86 | 21,61 | 4,56 |
| Granada | 93.013 | 78.706 | 77.401 | 11.982 | 604 | 84,62 | 83,22 | 7,80 | 15,48 | 5,04 |
| Huelva | 65.768 | 55.758 | 54.527 | 10.348 | 427 | 84,78 | 82,91 | 7,83 | 18,98 | 4,13 |
| Jaén | 80.815 | 70.777 | 68.093 | 11.858 | 519 | 87,58 | 84,26 | 7,62 | 17,41 | 4,38 |
| Málaga | 155.423 | 130.092 | 120.606 | 22.263 | 1.117 | 83,70 | 77,60 | 9,26 | 18,46 | 5,02 |
| Sevilla | 215.632 | 156.595 | 150.169 | 28.304 | 727 | 72,62 | 69,64 | 4,84 | 18,85 | 2,57 |
| Andalucía | 923.808 | 755.706 | 725.287 | 118.083 | 5.455 | 81,80 | 78,51 | 7,52 | 16,28 | 4,62 |

Fuente: Servicio de Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud del SAS

ANEXO II

INDICADORES DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA.
DATOS DEL EJERCICIO 2009

| Provincia | Elegibles | Acuden | Exploradas | Derivadas | Cáncer | Tasa Captación | Tasa Participación | Tasa Detección | %Derivac. |
|------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|------------|----------------|--------------------|----------------|-------------|
| Almería | 31.070 | 19.584 | 17.530 | 1.213 | 3 | 63,03 | 56,42 | 0,17 | 6,92 |
| Cádiz | 43.748 | 31.936 | 29.618 | 1.245 | 40 | 73,00 | 67,70 | 1,35 | 4,20 |
| Córdoba | 35.827 | 25.652 | 24.247 | 1.871 | 29 | 71,60 | 67,68 | 1,19 | 7,72 |
| Granada | 32.067 | 24.317 | 23.932 | 1.169 | 32 | 75,83 | 74,63 | 1,33 | 4,88 |
| Huelva | 44.463 | 35.215 | 34.573 | 2.113 | 52 | 79,20 | 77,76 | 1,50 | 6,11 |
| Jaén | 33.350 | 24.963 | 23.533 | 1.536 | 22 | 74,85 | 70,56 | 0,93 | 6,53 |
| Málaga | 55.067 | 42.777 | 40.220 | 2.707 | 90 | 77,68 | 73,04 | 2,23 | 6,73 |
| Sevilla | 71.254 | 44.190 | 41.944 | 3.558 | 20 | 62,02 | 58,87 | 0,47 | 8,48 |
| Andalucía | 346.846 | 248.634 | 235.597 | 15.412 | 288 | 71,68 | 67,93 | 1,22 | 6,54 |

Fuente: Servicio de Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud del SAS

ANEXO III

INDICADORES PROGRAMA DETECCION PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA.
ACUMULADOS A 31 DICIEMBRE 2009

| DISTRITO | Elegible | Acuden | Exploradas | Derivadas | Cáncer | Tasa Captac. | Tasa Particip. | Tasa Detección. | % Derivac |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|----------------|-----------------|--------------|
| Almería | 45.171 | 37.491 | 36.389 | 3.842 | 267 | 83,00 | 80,56 | 7,34 | 10,56 |
| Levante-Almanzora | 18.328 | 13.945 | 12.778 | 2.315 | 58 | 76,09 | 69,72 | 4,54 | 18,12 |
| Poniente | 17.976 | 14.601 | 14.112 | 1.642 | 59 | 81,22 | 78,50 | 4,18 | 11,64 |
| Almería | 81.475 | 66.037 | 63.279 | 7.799 | 384 | 81,05 | 77,67 | 6,07 | 12,32 |
| Campo Gibraltar | 27.331 | 21.290 | 21.063 | 801 | 43 | 77,90 | 77,07 | 2,04 | 3,80 |
| Bahía- Fija | 40.138 | 33.503 | 31.985 | 2.836 | 234 | 83,47 | 79,69 | 7,32 | 8,87 |
| Bahía- Movil | 25.573 | 22.187 | 21.290 | 2.124 | 240 | 86,76 | 83,25 | 11,27 | 9,98 |
| Jerez-Costa Nordeste | 34.203 | 30.168 | 28.689 | 2.165 | 284 | 88,20 | 83,88 | 9,90 | 7,55 |
| Sierra | 12.041 | 11.551 | 11.076 | 940 | 116 | 95,93 | 91,99 | 10,47 | 8,49 |
| Cádiz | 139.286 | 118.699 | 114.103 | 8.866 | 917 | 85,22 | 81,92 | 8,04 | 7,77 |
| Córdoba | 37.250 | 31.895 | 31.203 | 7.600 | 345 | 85,62 | 83,77 | 11,06 | 24,36 |
| Córd-Sur | 31.528 | 27.213 | 26.390 | 4.788 | 212 | 86,31 | 83,70 | 8,03 | 18,14 |
| Guadalqr | 13.869 | 11.823 | 11.672 | 2.201 | 132 | 85,25 | 84,16 | 11,31 | 18,86 |
| Córd-Norte | 9.749 | 8.111 | 7.844 | 2.074 | 71 | 83,20 | 80,46 | 9,05 | 26,44 |
| Córdoba | 923.396 | 79.042 | 77.109 | 16.663 | 760 | 85,55 | 83,45 | 9,86 | 21,61 |
| Granada (Zaidín+ AECC) | 34.500 | 27.978 | 27.499 | 4.294 | 230 | 81,10 | 79,71 | 8,36 | 15,62 |
| Metropolit. | 32.480 | 28.128 | 27.881 | 4.305 | 200 | 86,60 | 85,84 | 7,17 | 15,44 |
| Gr-Sur (Motril) | 13.490 | 12.394 | 11.964 | 2.082 | 111 | 91,88 | 88,69 | 9,28 | 17,40 |
| Gr-Nord. (Baza) | 12.543 | 10.206 | 10.057 | 1.301 | 63 | 81,37 | 80,18 | 6,26 | 12,94 |
| Granada | 93.013 | 78.706 | 77.401 | 11.982 | 604 | 84,62 | 83,22 | 7,80 | 15,48 |
| S. Huelva Andevalo | 7.015 | 6.118 | 6.064 | 1.896 | 47 | 87,21 | 86,44 | 7,75 | 31,27 |
| Condado I | 7.249 | 6.009 | 5.953 | 863 | 24 | 82,89 | 82,12 | 4,03 | 14,50 |
| Condado II | 8.667 | 7.579 | 7.534 | 1.486 | 58 | 87,45 | 86,93 | 7,70 | 19,72 |
| Huelva | 35.490 | 30.126 | 29.257 | 5.437 | 295 | 84,89 | 82,44 | 10,08 | 118,58 |
| H.-Costa | 7.347 | 5.926 | 5.719 | 666 | 3 | 80,66 | 77,84 | 0,53 | 11,65 |
| Huelva | 65.768 | 55.758 | 54.527 | 10.348 | 427 | 84,78 | 82,91 | 7,83 | 18,98 |
| Jaén | 30.827 | 27.907 | 27.347 | 4.567 | 288 | 90,53 | 88,71 | 10,53 | 16,70 |
| Jaén Sur | 10.779 | 8.896 | 8.719 | 1.251 | 60 | 82,53 | 80,89 | 6,88 | 14,35 |
| Jaén N. | 21.799 | 19.373 | 17.789 | 3.777 | 84 | 88,87 | 81,60 | 4,72 | 21,23 |
| Jaén Nordeste | 17.410 | 14.601 | 14.238 | 2.263 | 87 | 83,87 | 81,78 | 6,11 | 15,89 |
| Jaén | 80.815 | 70.777 | 68.093 | 11.858 | 519 | 87,58 | 84,26 | 7,62 | 17,41 |
| La Vega | 111.749 | 11.354 | 10.277 | 1.470 | 152 | 96,64 | 87,47 | 14,79 | 14,30 |
| Axarquía | 17.422 | 15.208 | 14.685 | 3.184 | 128 | 87,29 | 84,29 | 8,72 | 21,68 |
| V.Guadalhorce | 13.766 | 10.091 | 9.111 | 1.902 | 55 | 73,30 | 66,18 | 6,04 | 20,88 |
| Serrania | 6.881 | 5.959 | 5.877 | 1.055 | 60 | 86,60 | 85,41 | 10,21 | 17,95 |
| C.del Sol | 37.352 | 28.828 | 28.052 | 7.138 | 294 | 77,18 | 75,10 | 10,48 | 25,45 |
| Málaga E. | 36.208 | 28.899 | 27.289 | 3.510 | 232 | 79,81 | 75,37 | 8,50 | 12,86 |
| Málaga O. | 32.045 | 29.753 | 25.315 | 4.004 | 196 | 92,85 | 79,00 | 7,74 | 15,82 |
| Málaga | 155.423 | 130.092 | 120.606 | 22.263 | 1.117 | 83,70 | 77,60 | 9,26 | 18,46 |
| Sevilla | 99.507 | 68.675 | 65.804 | 12.386 | 411 | 69,02 | 66,13 | 6,25 | 18,82 |
| Sevilla N. | 26.426 | 19.116 | 18.307 | 4.113 | 62 | 72,34 | 69,28 | 3,39 | 22,47 |
| Sevilla S. | 38.934 | 29.070 | 27.280 | 3.752 | 125 | 74,66 | 70,07 | 4,58 | 13,75 |
| Aljarafe | 33.080 | 24.065 | 23.325 | 3.432 | 14 | 72,75 | 70,51 | 0,60 | 14,71 |
| A. Osuna | 11.632 | 10.457 | 10.363 | 3.278 | 77 | 89,90 | 89,09 | 7,43 | 31,63 |
| Ecija | 6.053 | 5.212 | 5.090 | 1.343 | 38 | 86,11 | 84,09 | 7,47 | 26,39 |
| Sevilla | 215.632 | 156.595 | 150.169 | 28.304 | 727 | 72,62 | 69,64 | 4,84 | 18,85 |
| Andalucía | 923.808 | 755706 | 725.287 | 118.083 | 5.455 | 81,80 | 78,51 | 7,52 | 16,28 |

Fuente: Servicio de Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud del SAS

ANEXO IV

INDICADORES PROGRAMA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA. DICIEMBRE 2009

| DISTRITO | Elegibles | Acuden | Exploradas | Derivadas | Cáncer | Tasa Captac. | Tasa Partipac. | Tasa Detección | % Derivac. |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|------------|--------------|----------------|----------------|-------------|
| Almería | 15.575 | 9.264 | 9.068 | 534 | 3 | 59,48 | 58,22 | 0,33 | 5,89 |
| Levante-Almanzora | 8.133 | 5.278 | 3.526 | 500 | 0 | 64,90 | 43,35 | 0,00 | 14,18 |
| Poniente | 7.362 | 5.042 | 4.936 | 179 | 0 | 68,49 | 67,05 | 0,00 | 3,63 |
| Almería | 31.070 | 19.584 | 17.530 | 1.213 | 3 | 63,03 | 56,42 | 0,17 | 6,92 |
| Campo Gibraltar | 8.012 | 6.901 | 6.634 | 112 | 0 | 86,13 | 82,80 | 0,00 | 1,69 |
| Bahía-Cádiz Fija | 8.935 | 7.531 | 6.588 | 389 | 0 | 84,29 | 73,73 | 0,00 | 5,90 |
| Bahía-Cádiz Movil | 10.843 | 4.651 | 4.047 | 183 | 1 | 42,89 | 37,32 | 0,24 | 4,52 |
| Jerez-Costa Nordeste | 13.667 | 10.925 | 10.491 | 486 | 32 | 79,94 | 76,76 | 3,05 | 4,63 |
| Sierra de Cádiz | 2.291 | 1.928 | 1.858 | 75 | 7 | 84,16 | 81,10 | 3,76 | 4,04 |
| Cádiz | 43.748 | 31.936 | 29.618 | 1.245 | 40 | 73,00 | 67,70 | 1,35 | 4,20 |
| Córdoba | 14.998 | 9.923 | 9.523 | 566 | 14 | 66,16 | 63,50 | 1,47 | 5,94 |
| Córdoba Sur | 13.654 | 10.380 | 9.807 | 857 | 8 | 76,02 | 71,83 | 0,81 | 8,74 |
| Guadalquivir | 4.736 | 3.574 | 3.534 | 304 | 7 | 75,46 | 74,62 | 1,98 | 8,60 |
| Córdoba Norte | 2.439 | 1.775 | 1.383 | 144 | 0 | 72,78 | 56,70 | 0,00 | 10,41 |
| Córdoba | 35.827 | 25.652 | 24.247 | 1.871 | 29 | 71,60 | 67,68 | 1,19 | 7,72 |
| Granada (Zaidín+ AECC) | 12.218 | 8.880 | 8.794 | 323 | 17 | 72,68 | 71,98 | 1,93 | 3,67 |
| Metropolitano | 9.889 | 8.375 | 8.218 | 345 | 14 | 84,69 | 83,10 | 1,70 | 4,20 |
| Granada Sur (Motril) | 3.198 | 2.443 | 2.401 | 157 | 0 | 76,39 | 75,08 | 0,00 | 6,54 |
| Granada Nord. (Baza) | 6.762 | 4.619 | 4.519 | 344 | 1 | 68,31 | 66,83 | 0,22 | 7,61 |
| Granada | 32.067 | 24.317 | 23.932 | 1.169 | 32 | 75,83 | 74,63 | 1,33 | 4,88 |
| S.Huelva-Andevalo | 2.847 | 2.132 | 2.107 | 344 | 3 | 74,89 | 74,01 | 1,42 | 16,33 |
| Condado I | 2.390 | 2.193 | 2.182 | 66 | 0 | 91,76 | 91,30 | 0,00 | 3,02 |
| Condado II | 2.311 | 2.006 | 1.943 | 125 | 1 | 86,80 | 84,08 | 0,51 | 6,43 |
| Huelva | 29.238 | 24.060 | 23.637 | 1.398 | 48 | 82,29 | 80,84 | 2,03 | 5,91 |
| Huelva-Costa | 7.677 | 4.824 | 4.704 | 180 | 0 | 62,84 | 61,27 | 0,00 | 3,83 |
| Huelva | 44.463 | 35.215 | 34.573 | 2.113 | 52 | 79,20 | 77,76 | 1,50 | 6,11 |
| Jaén | 7.954 | 6.579 | 6.433 | 381 | 9 | 82,71 | 80,88 | 1,39 | 5,92 |
| Jaén Sur (Móvil) | 9.427 | 6.307 | 6.217 | 342 | 9 | 66,90 | 65,95 | 1,44 | 5,50 |
| Jaén Norte | 8.233 | 6.836 | 5.834 | 556 | 4 | 83,03 | 70,86 | 0,68 | 9,53 |
| Jaén Nordeste | 7.736 | 5.241 | 5.049 | 257 | 0 | 67,75 | 65,27 | 0,00 | 5,09 |
| Jaén | 33.350 | 24.963 | 23.533 | 1.536 | 22 | 74,85 | 70,56 | 0,93 | 6,53 |
| La Vega | 4.055 | 3.685 | 2.918 | 128 | 9 | 90,88 | 71,96 | 3,08 | 4,39 |
| Axarquía | 8.291 | 7.089 | 6.701 | 495 | 0 | 85,50 | 80,82 | 0,00 | 7,39 |
| Valle Guadalhorce | 3.768 | 2.825 | 2.320 | 327 | 0 | 74,97 | 61,57 | 0,00 | 14,09 |
| Serranía | 2.482 | 2.149 | 2.100 | 271 | 4 | 86,58 | 84,61 | 1,90 | 12,90 |
| C.del Sol | 15.302 | 9.336 | 9.095 | 809 | 18 | 61,01 | 59,44 | 1,97 | 8,89 |
| Málaga E | 10.370 | 7.588 | 7.294 | 299 | 37 | 73,17 | 70,34 | 5,07 | 4,10 |
| Málaga O | 10.799 | 10.105 | 9.792 | 378 | 22 | 93,57 | 90,68 | 2,24 | 3,86 |
| Málaga | 55.067 | 42.777 | 40.220 | 2.707 | 90 | 77,68 | 73,04 | 2,23 | 6,73 |
| Sevilla | 31.774 | 21.093 | 1.926 | 1.492 | 5 | 66,38 | 60,51 | 0,26 | 7,76 |
| Sevilla Norte | 9.290 | 4.751 | 4.668 | 945 | 5 | 51,14 | 50,25 | 1,07 | 20,24 |
| Sevilla Sur | 15.051 | 7.556 | 7.434 | 177 | 9 | 50,20 | 49,39 | 1,21 | 2,38 |
| Aljarafe | 9.413 | 6.554 | 6.456 | 578 | 0 | 69,63 | 68,59 | 0,00 | 8,95 |
| area Osuna | 3.444 | 2.637 | 2.588 | 304 | 0 | 76,57 | 75,15 | 0,00 | 11,75 |
| Ecija | 2.282 | 1.599 | 1.572 | 62 | 1 | 70,07 | 68,89 | 0,63 | 3,94 |
| Sevilla | 71.254 | 44.190 | 41.944 | 3.558 | 20 | 62,02 | 58,87 | 0,47 | 8,48 |
| Andalucía | 346.846 | 248.634 | 235.597 | 15.412 | 288 | 71,68 | 67,93 | 1,22 | 6,54 |

Fuente: Servicio de Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud del SAS

ANEXO V.1

CARACTERÍSTICA DE LOS TUMORES: HISTOLOGÍA. DATOS ACUMULADOS 31/12/2009

| Provincia | Totales | Conocidos | % Conocidos | Desconocidos | % desconocidos | In Situ | %In Situ | Infiltrante | % Infiltrante |
|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|------------|--------------|-------------|---------------|
| Almería | 374 | 287 | 76,74 | 87 | 23,26 | 53 | 18,47 | 234 | 81,53 |
| Cádiz | 826 | 632 | 76,51 | 194 | 23,49 | 61 | 9,65 | 571 | 90,35 |
| Córdoba | 737 | 636 | 86,3 | 101 | 13,70 | 114 | 17,92 | 522 | 82,08 |
| Granada | 415 | 355 | 85,54 | 60 | 14,46 | 34 | 9,58 | 321 | 90,42 |
| Huelva | 388 | 327 | 84,28 | 61 | 15,72 | 89 | 27,22 | 238 | 72,78 |
| Jaén | 461 | 362 | 78,52 | 99 | 21,48 | 39 | 10,77 | 323 | 89,23 |
| Málaga | 970 | 799 | 82,37 | 171 | 17,63 | 159 | 19,90 | 640 | 80,10 |
| Sevilla | 599 | 467 | 77,96 | 132 | 22,04 | 113 | 24,20 | 354 | 75,80 |
| Andalucía | 4.770 | 3.865 | 81,03 | 905 | 18,97 | 662 | 17,13 | 3203 | 82,87 |

Fuente: Servicio de Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud del SAS

ANEXO V.2

CARACTERÍSTICA DE LOS TUMORES: AFECT.GANGLIO. DATOS ACUMULADOS 31/12/2009

| Provincia | Totales | Conocidos | % Conocidos | Desconocidos | % Desconocidos | % Negativo | % Positivo |
|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|
| Almería | 371 | 266 | 71,7 | 105 | 28,30 | 71,05 | 28,95 |
| Cádiz | 820 | 489 | 59,63 | 331 | 40,37 | 62,17 | 37,83 |
| Córdoba | 723 | 500 | 69,16 | 223 | 30,84 | 76,40 | 23,60 |
| Granada | 411 | 257 | 62,53 | 154 | 37,47 | 71,98 | 28,02 |
| Huelva | 388 | 323 | 83,25 | 65 | 16,75 | 64,09 | 35,91 |
| Jaén | 455 | 314 | 69,01 | 141 | 30,99 | 73,89 | 26,11 |
| Málaga | 953 | 442 | 46,38 | 511 | 53,62 | 73,08 | 26,92 |
| Sevilla | 579 | 319 | 55,09 | 260 | 44,91 | 74,61 | 25,39 |
| Andalucía | 4.700 | 2.910 | 61,91 | 1.790 | 38,09 | 70,79 | 29,21 |

Fuente: Servicio de Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud del SAS

ANEXO V.3

CARACTERÍSTICA DE LOS TUMORES: TAMAÑO. DATOS ACUMULADOS 31/12/2009

| Provincia | Totales | Conocidos | % Conocidos | Desconocidos | % desconocidos | In Situ | Infiltrante | % < 2 cm | % > 2 cm |
|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| Almería | 371 | 299 | 80,59 | 72 | 19,41 | 30 | 269 | 66,17 | 33,83 |
| Cádiz | 820 | 531 | 64,76 | 289 | 35,24 | 28 | 503 | 66,80 | 33,20 |
| Córdoba | 723 | 545 | 75,38 | 178 | 24,62 | 79 | 466 | 70,60 | 29,40 |
| Granada | 411 | 259 | 63,02 | 152 | 36,98 | 12 | 247 | 67,61 | 32,39 |
| Huelva | 386 | 353 | 91,45 | 33 | 8,55 | 30 | 323 | 63,78 | 36,22 |
| Jaén | 455 | 323 | 70,99 | 132 | 29,01 | 28 | 295 | 71,19 | 28,81 |
| Málaga | 951 | 501 | 52,68 | 450 | 47,32 | 68 | 433 | 69,28 | 30,72 |
| Sevilla | 579 | 389 | 67,18 | 190 | 32,82 | 58 | 331 | 71,00 | 29,00 |
| Andalucía | 4.696 | 3.200 | 68,14 | 1.496 | 31,86 | 333 | 2.867 | 68,40 | 31,60 |

Fuente: Servicio de Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud del SAS

ANEXO V.4

CARACTERISTICA DE LOS TUMORES: TRATAMIENTO. DATOS ACUMULADOS 31/12/2009

| Provincia | Total | Conocidos | %Conocidos | Desconocidos | % Desconoc. | Conservador | % Conservador | Radical | % Radical |
|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|
| Almería | 364 | 320 | 87,91 | 44 | 12,09 | 185 | 57,81 | 135 | 42,19 |
| Cádiz | 793 | 543 | 68,47 | 250 | 31,53 | 247 | 45,49 | 296 | 54,51 |
| Córdoba | 709 | 507 | 71,51 | 202 | 28,49 | 286 | 56,41 | 221 | 43,59 |
| Granada | 404 | 276 | 68,32 | 128 | 31,68 | 220 | 79,71 | 56 | 20,29 |
| Huelva | 380 | 338 | 88,95 | 42 | 11,05 | 206 | 60,95 | 132 | 39,05 |
| Jaén | 453 | 303 | 66,89 | 150 | 33,11 | 251 | 82,84 | 52 | 17,16 |
| Málaga | 946 | 470 | 49,68 | 476 | 50,32 | 311 | 66,17 | 159 | 33,83 |
| Sevilla | 547 | 379 | 69,29 | 168 | 30,71 | 236 | 62,27 | 143 | 37,73 |
| Andalucía | 4.596 | 3.136 | 68,23 | 1.460 | 31,77 | 1.942 | 61,93 | 1.194 | 38,07 |

Fuente: Servicio de Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud del SAS

VI. ALEGACIONES

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 10)

ALEGACIÓN N° 1

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 17)

ALEGACIÓN N° 2

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 18)

ALEGACIÓN N° 3

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 27)

27. Cada distrito tiene una base de datos independiente, que no permite gestionar la información de forma conjunta y en tiempo real. Esta limitación técnica dificulta, y en muchos casos impide, realizar la función de coordinación, verificación, explotación y control de los datos encomendada a los SSCC.

ALEGACIÓN N° 4

Si bien la descentralización de las bases de datos supone una mayor dificultad para disponer de información integrada de apoyo a las funciones de coordinación del pro-

grama, esto no impide que tales funciones se realicen por la Dirección del Plan Integral de Oncología, como así se desprende de los positivos resultados alcanzados y que la propia Cámara de Cuentas señala en su Informe Provisional, cuyo resumen aportamos a continuación:

- ✓ Elevado nivel de implicación y compromiso de los profesionales involucrados en el PAI Cáncer de Mama.
- ✓ La distribución de los recursos del Proceso Asistencial se ha realizado atendiendo a criterios de densidad, concentración de la población y disponibilidad de los servicios públicos y permiten el acceso al SSPA en términos de igualdad y equidad en todo el territorio de la CAA. (Cuestión 81, pág. 13)
- ✓ El PAI está protocolizado y sus procedimientos se cumplen en todos los centros. (Cuestión 67, pág. 11)
- ✓ Inmediatez y garantía de agilidad de la asistencia sanitaria. Verificado satisfactoriamente el cumplimiento de plazos. (Cuestión 68 y 69, pág. 11)
- ✓ Adecuada coordinación interniveles. (Cuestión 77, pág. 12)
- ✓ El PDPCM alcanza una cobertura del 100% de la población diana. (Cuestión 75, pág. 11)
- ✓ En general la documentación de las HHCC es adecuada. (Cuestión 71, pág. 11)

Tales resultados no obedecen a actividades desarrolladas de forma aislada e individual, sino a la existencia de un Plan Integral dirigido y coordinado en todas sus fases.

En base a lo expuesto, se solicita la eliminación de la expresión “impide” que aparece en el informe provisional dado que de su lectura podría desprenderse que tal función no se realiza, lo cual no es ajustado a la rea-

lidad, otra cosa es que existan márgenes de mejora en las herramientas de apoyo para el desarrollo de tales funciones. De forma continuada el Servicio Andaluz de Salud trabaja en el desarrollo e implantación, tanto de procedimientos como de sistemas de información de apoyo a la gestión clínica y al desarrollo de las funciones de dirección y control, por lo que la disponibilidad y mejora de tales herramientas se va materializando de forma progresiva.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 32)

32. Los distritos sanitarios y los hospitales de referencia tienen definidos en el contrato programa los objetivos específicos que deben alcanzar con relación a la ejecución del PDP. En todos los casos el cumplimiento de estos objetivos está vinculado a las retribuciones en concepto de productividad.

ALEGACIÓN Nº 5

La Asociación Española contra el Cáncer (AECC) venía realizando actividades de detección precoz en algunas zonas de Andalucía por lo que contar con su experiencia acumulada en este campo en las fases de implantación y desarrollo del programa era de indudable valor, de ahí que el acuerdo de colaboración se suscribiera con la citada entidad.

Se solicita la incorporación de esta información en el Informe Definitivo con el fin de matizar la valoración efectuada por la Cámara de Cuentas en su Informe Provisional sobre la naturaleza del negocio jurídico firmado.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 44)

44. En el ejercicio 2009 han sido derivadas un 6,54% de las mujeres exploradas, alcanzándose un total acumulado de derivaciones desde el inicio del programa del 16,28%. No se dispone de informes de valoración de este indicador (§ VI. Anexos).

ALEGACIÓN Nº 6

Las dos tasas a que se hace referencia en el párrafo no miden lo mismo. La tasa anual hace referencia a exploraciones y la tasa acumulada hace referencia a mujeres independientemente del número de veces que haya acudido al programa.

- La tasa de mujeres exploradas y derivadas en un año, hace referencia al nº de derivaciones que han experimentado las mujeres que ha sido exploradas y que son derivadas en el mismo ejercicio.
- En cambio la tasa acumulada de derivaciones hace referencia al nº total de derivaciones a la que se somete una mujer, desde que entra a participar en el PDPCM, que no tiene porque coincidir y, de hecho no coincide, con el nº de exploraciones que se le realizan.

Hay que tener en cuenta que a medida de que el programa avanza en el tiempo, el número de derivaciones hospitalarias va disminuyendo a expensas de la categoría 3 del BI-RADS, porque al disponerse de mamografías previas, se puede comparar y valorar la modificación o no del hallazgo, por lo que únicamente se derivarían al hospital a las mujeres con modificación en la lesión y no a todas.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 46)

46. Durante el ejercicio 2009 la tasa de detección ha sido del 1,22 por mil. Desde el inicio del programa hasta finales del ejercicio 2009 y en el ámbito de la Comunidad Autónoma, la tasa de detección acumulada es del 7,52 por mil (§ VI. Anexo III).

ALEGACIÓN Nº 7

En la interpretación de estas dos tasas (anual y acumulada) se produce la misma incidencia que lo comentado en la cuestión 46.

La tasa de detección anual se refiere al nº de tumores detectados en las mujeres que han sido exploradas y derivadas en el mismo ejercicio.

La tasa acumulada hace referencia al nº de mujeres a las que se ha detectado un tumor desde el inicio del programa, con independencia del nº de exploraciones o derivaciones que hayan experimentado durante todo el proceso.

Son dos indicadores que, si bien están relacionados, no tienen por qué seguir la misma tendencia.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 48)

48. En los cuadros del Anexo I pueden observarse las diferencias en los valores de detección entre unas provincias y otras que en un principio podrían indicar la calidad de los distintos servicios radiológicos.

ALEGACIÓN Nº 8

Al hacer esta valoración, se está asumiendo que tanto la prevalencia como la incidencia de la enfermedad tienen el mismo comportamiento en toda Andalucía, asunción que no necesariamente se ajusta a la realidad epidemiológica de la Comunidad.

Adicionalmente, los indicadores mas precisos para valorar este aspecto son la sensibilidad, especificidad, %FP (Falso Positivo), %FN (Falso Negativo), VPP (Valor Predictivo Positivo), VVN (Valor Predictivo Negativo).

En base a lo expuesto se solicita la eliminación del comentario *“que en un principio podrían indicar la calidad de los distintos servicios radiológicos”*.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 50)

50. Las razones por las que los circuitos de información no presentan la agilidad necesaria son los siguientes:

- No se ha establecido un responsable específico para la cumplimentación de las fichas correspondientes, que puede ser el hospital o la unidad administrativa del distrito sanitario según los casos.

- No se realiza un seguimiento de las fichas no informadas o con datos incompletos.

- No se realizan valoraciones, por parte de los responsables de la dirección del programa, sobre los resultados alcanzados según los indicadores de tasas de detección, por lo que la función de los SSCC se limita a la agregación de los datos remitidos sin ninguna actuación de dirección y control.

ALEGACIÓN Nº 9

Con carácter anual los Centros del Servicio Andaluz de Salud y la Dirección Gerencia del organismo suscriben el Contrato-Programa, instrumento del cual se dota la citada Dirección para establecer las actividades a realizar por sus centros y la dotación de recursos para la consecución de tales fines durante el ejercicio. Su estructura y composición identifican los objetivos priorizados, los plazos para lograrlos y los indicadores a utilizar para su evaluación.

Tanto en el ejercicio 2009 objeto de auditoría como en el año 2010 y en el ejercicio 2011, en el Contrato-Programa de Hospitales, Areas de Gestión Sanitaria y Distritos de Atención Primaria se establecen y priorizan objetivos incluidos en los Planes Integrales, entre los que se encuentra el Plan Integral de Oncología de Andalucía (PIOA). Todos los años se valoran con los responsables tanto de hospital como de distrito los valores alcanzados en los indicadores, las posibles causas de la no consecución de objetivos y se proponen medidas, y en función de ello se diseñan nuevos indicadores para monitorizar áreas de mejora.

A título de ejemplo cabe señalar que con el fin de mejorar el nivel de notificación por parte de los hospitales sobre la situación de las mujeres derivadas al hospital, se ha diseñado un nuevo indicador para monitori-

zar este aspecto y en el año 2010, el PIOA ya incluyó en contrato programa de los hospitales el objetivo de “retroalimentación de la información del hospital al PDPCM” cuyo indicador es N° de derivaciones informadas al PDPCM $\times 100 / N^{\circ}$ total de mujeres derivadas al hospital.

Si bien existen márgenes de mejora en el desarrollo de las funciones de dirección y control en nuestra organización, no obstante, el Informe Provisional contiene afirmaciones taxativas de tal contundencia que, como mínimo deberían matizarse, y en algunos casos como el que nos ocupa deberían suprimirse.

En base a lo anterior y, teniendo en cuenta la ALEGACIÓN expuesta a la cuestión observada N° 27, se solicita que la Cámara de Cuentas elimine su afirmación “*la función de los SSCC se limita a la agregación de los datos remitidos sin ninguna actuación de dirección y control*”, ya que no es ajustada a la realidad.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 55)

55. La dirección del programa define otros objetivos de gestión que debido a la falta de información no han podido comprobarse:

- No se deja constancia documental de la evaluación periódica de los circuitos y los resultados del programa con la participación de los profesionales implicados.
- No se han realizado encuestas para conocer la opinión de las mujeres participantes en el PDPCM respecto a su funcionamiento y grado de satisfacción.

ALEGACIÓN N° 10

Desde el año 1999, entre el Servicio Andaluz de Salud y el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA/CSIC), anualmente, se vienen realizando encuestas de satisfacción sobre el Sistema Sanitario Público a los usuarios de los ser-

vicios, tanto para el conjunto de Andalucía, como para cada uno de los Distritos de Atención Primaria, Áreas de Gestión Sanitaria y Centros Hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud. Los resultados de estas encuestas se encuentran en la página web del SAS. Con respecto a las participantes del PDPCM, si bien no se ha realizado una encuesta específica de forma global, pero si realizan encuestas a muestras de mujeres participantes en el programa con carácter periódico por parte de algunos distritos.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 58)

58. Como resultado de los trabajos de campo realizados y con independencia de las limitaciones de información descritas en los puntos anteriores, se han detectado los siguientes puntos débiles en el PDP:

- Como se expone en los puntos 25 y 26 de este informe, en los SSCC del SAS no disponen de una aplicación informática que permita la gestión integral de la información que el programa genera en cada uno de los distritos y centros implicados en su ejecución. La situación actual, con bases de datos totalmente independientes dificulta el cálculo de indicadores de gestión en tiempo real, de forma ágil y eficiente e impide realizar funciones de revisión, supervisión y control de los datos.

Esta deficiencia del sistema ha sido la causa por la que la Comunidad Autónoma de Andalucía no ha podido aportar información respecto al ejercicio 2008, en el encuentro nacional que anualmente organiza la Red de Programas de Cribado de Cáncer de Mama y que este año se ha celebrado en Asturias en junio de 2010.

- No se realizan por parte de los SSCC del SAS, auditorías internas sobre los datos suministrados por los distritos sanitarios y por los hospitales.
- No se han realizado ni estimaciones, ni cálculos económicos sobre el coste de la ejecución del PDP en el sistema sanitario público de Andalucía (implantación, desarrollo y funcio-

namiento), por lo que, se desconoce su afectación al presupuesto e impide obtener indicadores de eficiencia y economía, así como analizar el coste-efectividad de la incorporación de las medidas de prevención o de tratamiento y conocer el coste asociado a las decisiones clínicas.

ALEGACIÓN Nº 11

El enfoque del sistema de Contabilidad Analítica de Gestión del SAS está orientado al control de procedimientos de las diferentes actividades que se realizan tanto en el ámbito de Primaria como Hospitalaria.

El Coan-hyd relaciona la actividad producida con los profesionales que la realizan y los recursos que se consumen. De ello se obtienen indicadores de comparabilidad y eficiencia, como son los costes unitarios o los rendimientos.

En el caso que nos ocupa, el Proceso integral de Cáncer de Mama está formado por un conjunto de decisiones, fundamentalmente clínicas, que tienen reflejo en los costes. Se trata de ir asociando éstos a cada una de las múltiples posibilidades que nos ofrece la compleja arquitectura del Proceso.

Eligiendo una de estas posibilidades, la Contabilidad Analítica del SAS permite evaluar su coste global, identificando las actividades que lo integran. Precisamente el Coan-hyd está diseñado para el cálculo del coste unitario de estas actividades “sencillas”: Un alta de hospitalización con su complejidad asociada, una consulta, una mamografía, un pet....

La responsabilidad del coste de cada una de estas actuaciones se queda en el Servicio/Unidad que realiza tal actuación: Que una mamografía sea más o menos cara es responsabilidad del Servicio de Radiodiagnóstico, el coste del pet lo será del Servicio de Medicina Nuclear, etc.

La Contabilidad Analítica Coan-hyd, por tanto, sí permite conocer el coste de las decisiones e incluso desarrollar el coste global de una de las múltiples posibilidades del Proceso Cáncer de Mama. Enfocar este sistema hacia la evaluación e identificación de los modelos integrales de salud, no es tarea imposible con el actual Coan-hyd, pero sí una elección sobre la que se tendría que hacer un balance y estudiar el equilibrio entre los recursos humanos y materiales para llevarla a cabo y los resultados que pudieran obtenerse de tal esfuerzo.