

ESTRATEGIA CONTRA EL CÁNCER DE LA COMUNITAT VALENCIANA

CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	3
RESUMEN EJECUTIVO.....	3
1.- INTRODUCCIÓN.....	3
2.- IMPACTO DEL CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA	6
2.1.- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.....	7
2.2. INCIDENCIA, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA POR CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA. 2015.....	15
2.2.1. UNA VISIÓN GENERAL DEL CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA	15
2.2.2. INCIDENCIA, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA DE LOS PRINCIPALES TUMORES	16
2.2.3. TUMORES CON BAJA SUPERVIVENCIA	33
2.2.4. EL CÁNCER EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA COMUNITAT VALENCIANA....	35
2.2.5. SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA	40
3.- METODOLOGÍA	43
3.1.-CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA:.....	43
3.2.- PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN	44
3.3.- LÍNEAS DE ACTUACIÓN	44
3.4.-COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO	45
3.5.- ELABORACIÓN DE ANÁLISIS DAFO DE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRINCIPALES.....	45
3.6.- CONCLUSIONES DE LA COMISIÓN DE PARTICIPACIÓN	52
4. OBJETIVOS GENERALES	52
5.-LINEAS DE ACTUACIÓN, OBJETIVOS Y ACCIONES	53
5.1.- PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA	53
5.1.1. ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, TABACO Y ALCOHOL	54
5.1.2.-SALUD AMBIENTAL	57
5.1.3.- SALUD LABORAL Y SEGURIDAD QUÍMICA	59
5.1.4.- ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES.....	60
5.1.5.- PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	62
5.2.- PREVENCIÓN SECUNDARIA	65
5.3.- ASISTENCIA SANITARIA: POBLACIÓN ADULTA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	67
5.3.1.- MODELO ASISTENCIAL	68
5.3.2.- DIAGNÓSTICO.....	71

5.3.3.- TRATAMIENTO	71
5.3.4.- DESPUES DEL TRATAMIENTO	72
5.3.5.- CUIDADOS PALIATIVOS	73
5.3.6.- ATENCIÓN SANITARIA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	73
5.4.- SISTEMA DE INFORMACIÓN EN CÁNCER	74
5.4.1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CONTINUADA, EXHAUSTIVA Y VÁLIDA.....	75
5.4.2. DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	76
5.4.3. INVESTIGACIÓN Y COLABORACIÓN CON ESTUDIOS ESPECÍFICOS	76
5.5. INVESTIGACIÓN	77
5.6.- FORMACIÓN.....	78
6.-EVALUACIÓN	78
7.-REFERENCIAS.....	78
8.- ANEXOS	78

PRESENTACIÓN

EN PROCESO

RESUMEN EJECUTIVO

EN PROCESO

1.- INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las prioridades de los sistemas de salud, debido a su importante peso en la mortalidad, prevalencia e incidencia en la población. En la Comunitat Valenciana ha habido desde hace muchos años un gran compromiso por parte de los profesionales, asociaciones de ciudadanos y también por parte de las instituciones en la lucha contra el cáncer. La administración valenciana ha desarrollado diferentes planes y estrategias, desde el año 1988 en el que se desarrolló el primer plan de cáncer y se marcaron las líneas de la atención al cáncer desde la prevención, el diagnóstico precoz, el desarrollo de los dispositivos asistenciales, etc., y que después tuvo su continuación con diferentes planes oncológicos plurianuales desde el año 2002-2006, 2007-2010 y 2010-2014.

Este contexto ha permitido establecer un marco común de actuación en la CV, en el que se han desarrollado numerosas iniciativas relevantes en la lucha contra el cáncer que han abarcado todo “el continuo” de la atención a esta patología, desde la prevención, pasando por

la detección precoz, la atención sanitaria, el desarrollo de sistemas de información que permitan la evaluación y el control de calidad, y el fomento de la investigación en cáncer.

En los últimos años se ha producido un importante avance para mejorar la prevención primaria con la difusión a la población del código europeo contra el cáncer, y la inclusión de la vacunación frente al Virus del Papiloma Humano en las niñas de nuestra Comunitat. Se ha consolidado y se han incorporado las innovaciones tecnológicas en el cribado del cáncer de mama y se ha ampliado el cribado de cáncer colorrectal que actualmente incluye toda la población entre 50 y 69 de la Comunitat valenciana. En el ámbito de la asistencia sanitaria cabría destacar la designación de unidades de referencia oncológica tanto para adultos como para cáncer infantil y más recientemente para adolescentes y el inicio del desarrollo de redes asistenciales oncológicas. También ha sido un importante logro, el establecimiento de circuitos rápidos en todos los departamentos de salud, con el fin de garantizar un acceso rápido de los pacientes con sospecha clínica fundada de cáncer desde la atención primaria a los servicios de asistencia especializada. Se han desarrollado procedimientos para la incorporación rápida de los nuevos medicamentos a la práctica clínica asegurando un acceso equitativo en todo el territorio a través del Programa de Medicamentos de Alto Impacto (PAISE).

La Comunitat Valenciana ha participado en los últimos años en varias Acciones conjuntas de los países de la Unión Europea contra el cáncer: EPAAC, CANCON, y actualmente IPAAC. Estas acciones conjuntas, junto con las recomendaciones de la OMS y la estrategia del cáncer del SNS proporcionan el marco de trabajo de las acciones contra el cáncer para los próximos años.

Teniendo en cuenta estas recomendaciones, se ha elaborado la actual estrategia contra el cáncer de la Comunitat Valenciana

Las recomendaciones de las acciones conjuntas de la Unión Europea, ponen el énfasis en la necesidad de disponer de planes o estrategias oncológicas en los distintos ámbitos territoriales que aborden todos los aspectos que tienen que ver con el cáncer. La actualización del Código europeo contra el cáncer es el marco para el desarrollo de las acciones para la prevención primaria y la detección precoz. También recomiendan disponer de procedimientos para la atención a los largos supervivientes con una visión de atención integral a los/as pacientes abarcando todos los ámbitos de la salud: la atención sanitaria, psicológica y la prevención y atención a las secuelas. La atención multidisciplinar y la implicación de todos los dispositivos asistenciales centrados en el paciente proporcionando la atención de mayor calidad y experiencia lo más cercano posible supone el desarrollo y consolidación de las redes asistenciales oncológicas tanto para las personas adultas como para la infancia y adolescencia.

Otro reto al que hay que hacer frente en los próximos años es la necesaria incorporación de manera rápida y eficiente a la práctica clínica de las innovaciones diagnósticas, tecnológicas y terapéuticas. Cada vez más en la atención al cáncer se está avanzando en el desarrollo de una “medicina personalizada” en la que los marcadores moleculares y genéticos juegan un papel fundamental en la predicción, pronóstico y en el establecimiento de dianas terapéuticas de esta enfermedad. Establecer mecanismos que permitan asegurar la inclusión en la cartera de servicios de estas innovaciones con criterios de calidad, eficiencia y equidad es fundamental en la atención oncológica.

Para establecer las líneas de trabajo y los objetivos en los próximos años, se ha elaborado esta estrategia del cáncer de la CV con la colaboración de profesionales y pacientes.

2.- IMPACTO DEL CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA

MENSAJES CLAVE

INCIDENCIA

El cáncer es la principal carga de enfermedad en la Comunitat Valenciana (CV) con 70 casos nuevos diagnosticados cada día.

En 2015, 25.838 habitantes de la CV fueron diagnosticados de cáncer.

El 58% de los tumores se han producido en hombres. El 42% en mujeres

El riesgo de desarrollar cáncer en los hombres es de 1 cada 3. En las mujeres el riesgo es de 1 cada 4.

Si bien el aumento en las tasas de cáncer es pequeño, el envejecimiento de la población valenciana da como resultado un mayor aumento anual en número de casos.

El 81% de los diagnósticos de cáncer se dan partir de los 55 años. La edad media de los hombres diagnosticados es de 68 años. La edad media de las mujeres 65 años.

Los cánceres más frecuentes en la Comunitat Valenciana son colon, mama, próstata, pulmón, vejiga de la orina y útero.

Del total de cánceres diagnosticados menos del 0,5% afectan a menores de 15 años de edad.

MORTALIDAD

Una media de 30 habitantes mueren por cáncer cada día, con 11,125 muertes por esta causa en 2015.

Las tasas de mortalidad han disminuido constantemente desde el año 2.000 (cayendo el 1% por año en hombres y 0,5%

en mujeres). Esto refleja la detección temprana de cánceres, reducciones en el consumo de tabaco, especialmente en hombres, y las mejoras en los tratamientos.

La tasa de incidencia y mortalidad del cáncer de pulmón en las mujeres casi se ha duplicado en los últimos 15 años.

SUPERVIVENCIA

Entre 2004 y 2013 se observa una tendencia de mejora en la supervivencia a los 5 años.

La supervivencia a los 5 años del cáncer de próstata es del 88% y del cáncer de mama femenino 87%. La del cáncer de pulmón 17% y la de páncreas 6%

CÁNCERES CON BAJA SUPERVIVENCIA

El grupo tumores con baja supervivencia son aquellos cuya supervivencia a los cinco años del diagnóstico se sitúa en el 30-35%, o por debajo.

La mayoría son poco frecuentes pero incluye otros, como el pulmón, que son más comunes.

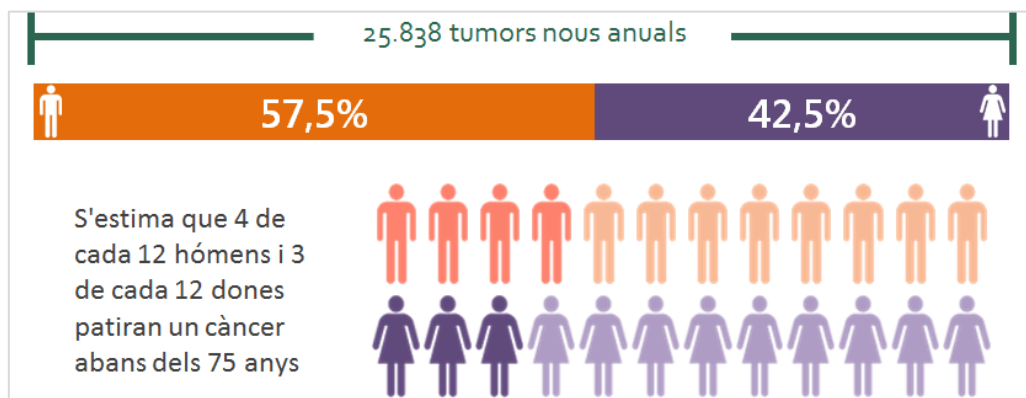
De entre los tumores con una frecuencia menor, pero a destacar por su baja supervivencia detallamos los siguientes: tumor de esófago, hígado, páncreas, ovario y mesotelioma. Todos ellos constituyen el 8% de todos los tumores y el 15% de la mortalidad

Si sumamos la incidencia del cáncer de pulmón la frecuencia es del 19% y el 36% de la mortalidad

2.1.- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

El cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto sobre la salud de la población de la Comunitat Valenciana tal como ocurre en el estado español y en los países del entorno. La vigilancia de este problema se convierte pues, en fundamental. La magnitud se expresa mediante los indicadores de incidencia, la mortalidad y la supervivencia. Los datos de la Comunitat se han obtenido del Sistema de Información de Cáncer (SIC) y del Registro de Mortalidad. La información referente a España y Europa se han extraído del European Cancer Information System (ECIS) a partir de las proyecciones que elabora la European Network Cancer Registry (ENCR).

Los casos anuales nuevos de cáncer se sitúan en alrededor de 26.000 tumores (Sistema de Información de Cáncer. SIC 2007-2015), **representando un 10% de los que se estiman en España**. Los factores que se apuntan como contribuyentes en la incidencia del cáncer son la estructura demográfica de la población, cada vez más envejecida, la exposición a riesgos químicos y físicos, los estilos de vida, y en casos concretos la carga genética. Otro factor explicativo es una detección más precoz que se concretaría por otro lado en una disminución de la mortalidad.

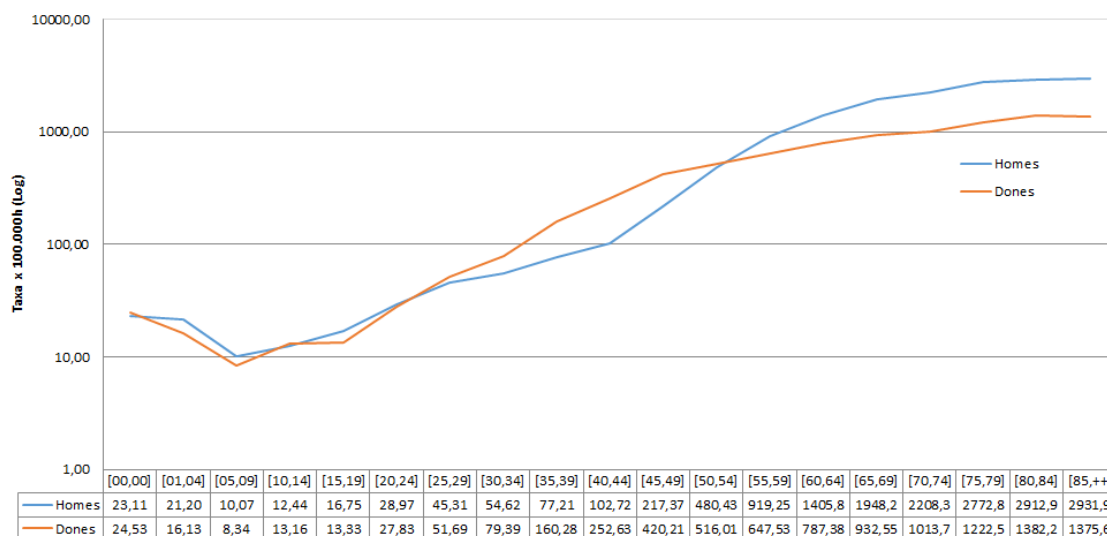


Fuente: El cáncer en cifras 2015. Sistema de Información sobre Cáncer
 Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. Dirección General de Salud Pública (DGSP).

El cáncer es una patología de adultos que aumenta con la edad, y representa en los niños (menores de 15 años) menos del 0,5% del total. A medida que aumenta la edad lo hace también la incidencia de cáncer, que acumula el 81% de los casos a partir de los 55 años. Así el 30% de la población padece la gran mayoría de los tumores. En las mujeres la incidencia de

cáncer se mantiene más estable a partir del grupo de 50-54 años. La edad media de ocurrencia de cáncer en las mujeres es de 65 años y en el hombres 68 años

Tasas específicas de incidencia por grupos de edad y sexo Comunitat Valenciana 2015



Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP.

Frecuencia relativa del cáncer por grupos de edad y sexo. Comunitat Valenciana. Año 2015.

	0-14 años	15-29 años	30-54 años	55-74 años	>74 años	Edad media
Mujeres	0,43%	1,11%	25,06%	42,55%	31,29%	64,9
Hombres	0,38%	0,82%	12,13%	53,85%	33,21%	68,0
Total	0,40%	0,94%	17,62%	49,05%	32,39%	66,7

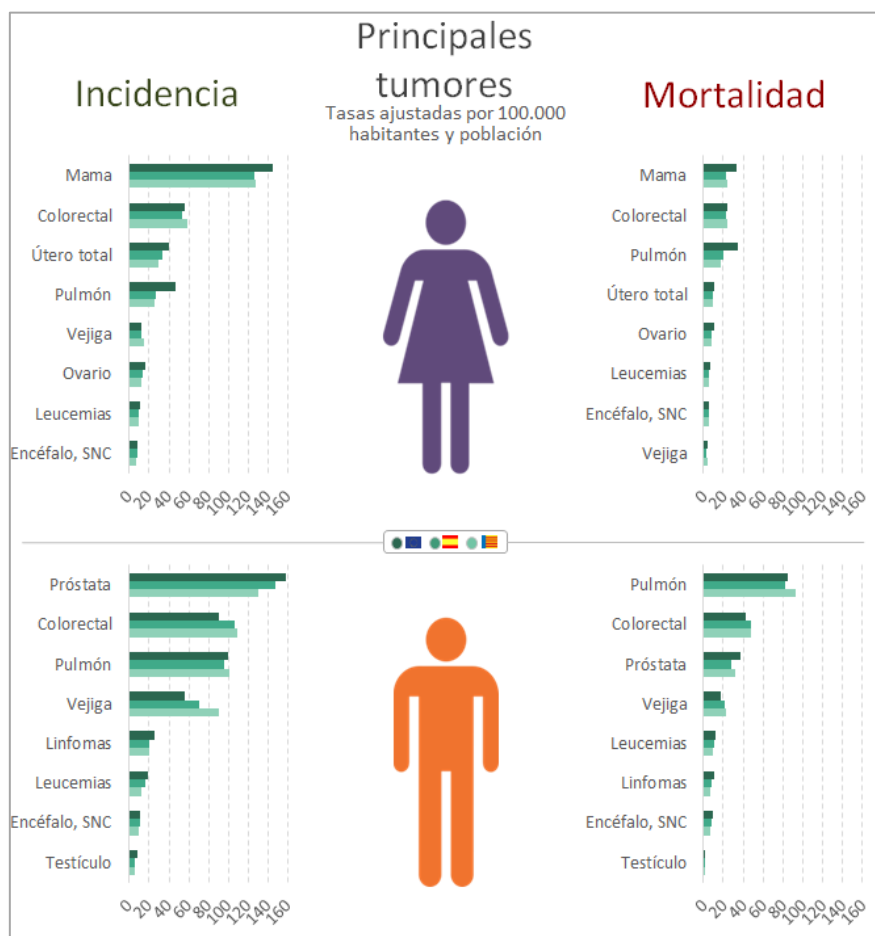
Fuente: Sistema de Información Oncológico.

Elaboración : Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP.

Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

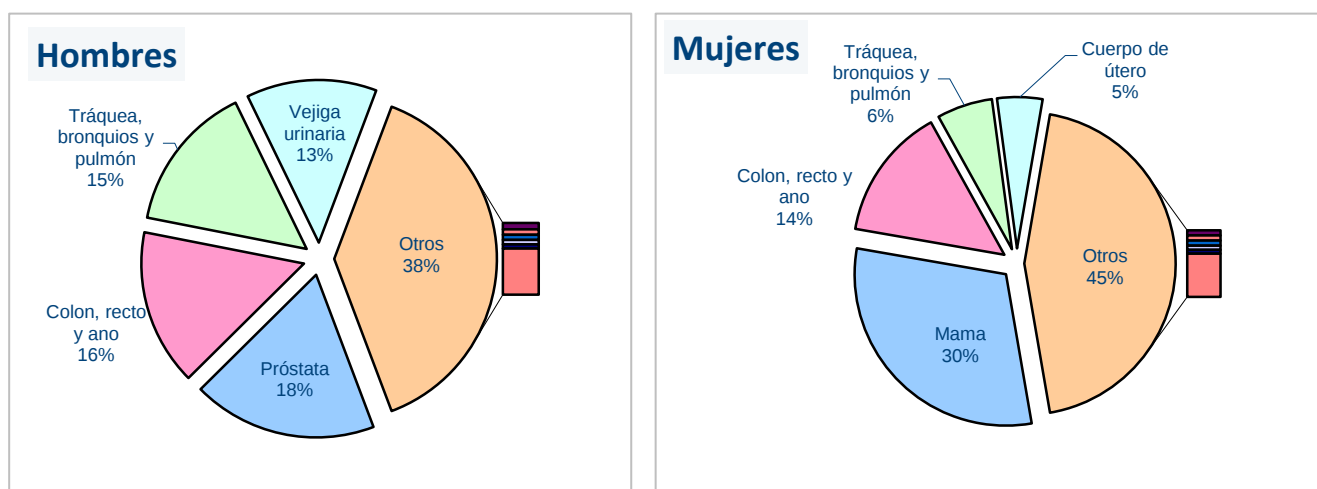
Los dos tumores incidentes más frecuentes tanto en hombres como en mujeres, no han cambiado desde hace más de una década, para los hombres: el cáncer de próstata y el de colon recto y ano ocupan el primero y segundo lugar, y en cuanto a las mujeres son el cáncer de mama y el de colon recto y ano .



Fuente: El cáncer en cifras 2015. Sistema de Información sobre Cáncer

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. Dirección General de Salud Pública (DGSP).

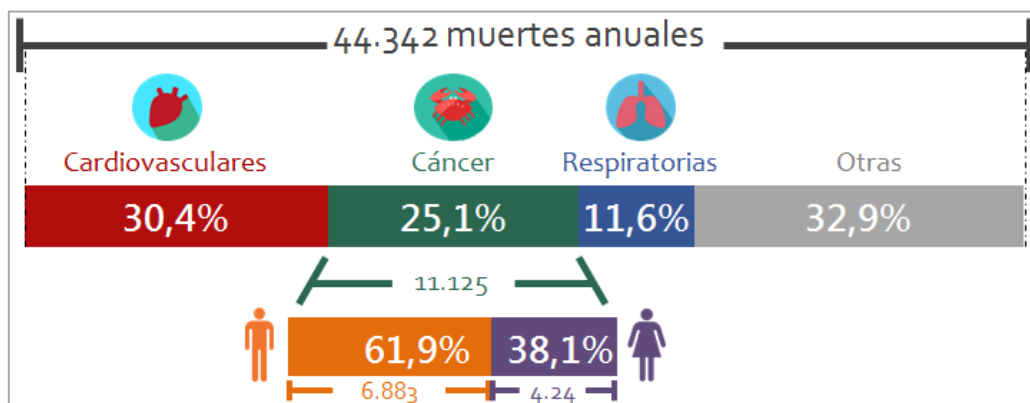
Distribución porcentual de la incidencia estimada por grupos tumorales por sexo. Comunitat Valenciana. 2015



Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. Dirección General de Salud Pública (DGSP).

En el año 2015 se produjeron 11.125 muertes por cáncer de las cuales el 62% eran hombres y el 38% mujeres. Las muertes por cáncer suponen el 25% de todas las que se producen a la Comunitat.



Fuente: El cáncer en cifras 2015. Sistema de Información sobre Cáncer

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. Dirección General de Salud Pública (DGSP).

En cuanto a la evolución de la mortalidad por cáncer en la Comunitat Valenciana se observa un descenso discreto pero continuado desde el año 2.000, más notable en los hombres que en las mujeres. En los hombres la tasa descendió un 16% en el periodo 2000-2015, mientras que en las mujeres el descenso fue del 9%. En todas las edades y por todos los tipos de neoplasias comunes el número de defunciones fue mayor en hombres que en mujeres, aunque hay que destacar cambios estadísticamente significativos entre el año 2000 y 2015: el descenso del cáncer de pulmón en hombres ha pasado de una tasa de 160,3 a 92,4 y en las mujeres, por el contrario, la tasa ha aumentado de 9,8 a 17,8 muertes por 10⁵, duplicándose prácticamente. En hombres y respecto a los tumores más frecuentes se mantiene la mortalidad por cáncer de colon, y para los cánceres de próstata y vejiga urinaria la mortalidad ha disminuido en el periodo.

En las mujeres desde el año 2000 y con respecto a los otros tumores más habituales desciende el cáncer de mama, el de colon y vejiga. El cáncer de útero asciende ligeramente, y el de ovario se mantiene.

Principales causas de muerte por grandes grupos en la Comunitat Valenciana por grupos de edad en 2016. Hombres

	0 a 34 años	%	35 a 54 años	%	55 a 74 años	%	75+ años	%	Total	%
1ª causa	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	31,9%	Tumores	34,5%	Tumores	47,7%	Enfermedades del sistema circulatorio	31,1%	Tumores	33,2%
2ª causa	Tumores	15,6%	Enfermedades del sistema circulatorio	23,6%	Enfermedades del sistema circulatorio	24,8%	Tumores	26,2%	Enfermedades del sistema circulatorio	28,3%
3ª causa	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	12,9%	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	15,7%	Enfermedades del sistema respiratorio	7,1%	Enfermedades del sistema respiratorio	13,7%	Enfermedades del sistema respiratorio	10,9%
4ª causa	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9,5%	Enfermedades del sistema digestivo	7,3%	Enfermedades del sistema digestivo	5,6%	Enfermedades del sistema nervioso	6,3%	Enfermedades del sistema nervioso	5,1%
5ª causa	Enfermedades del sistema circulatorio	8,5%	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	4,8%	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	3,8%	Enfermedades del sistema genitourinario	4,2%	Enfermedades del sistema digestivo	4,7%

Principales causas de muerte por grandes grupos en la Comunitat Valenciana por grupos de edad en 2016. Mujeres

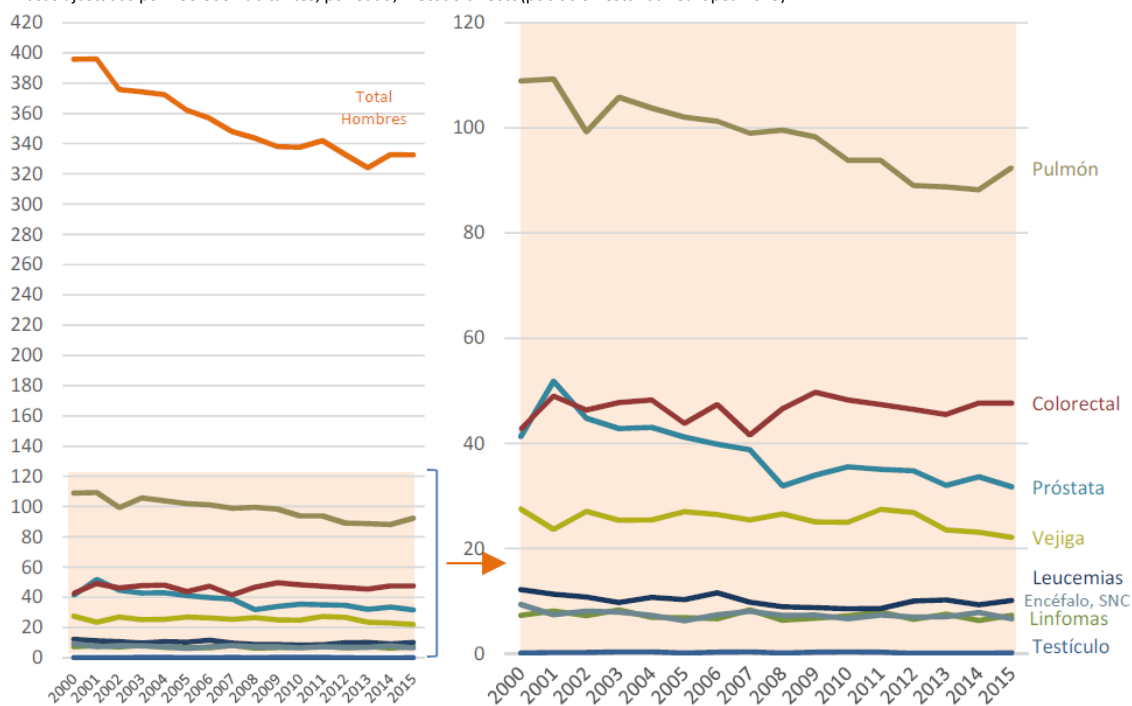
	0 a 34 años	%	35 a 54 años	%	55 a 74 años	%	75+ años	%	Total	%
1ª causa	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	20,6%	Tumores	58,6%	Tumores	50,2%	Enfermedades del sistema circulatorio	36,6%	Enfermedades del sistema circulatorio	32,8%
2ª causa	Tumores	19,4%	Enfermedades del sistema circulatorio	12,6%	Enfermedades del sistema circulatorio	19,6%	Tumores	14,8%	Tumores	22,1%
3ª causa	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	12,0%	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	7,5%	Enfermedades del sistema respiratorio	5,9%	Enfermedades del sistema respiratorio	10,5%	Enfermedades del sistema respiratorio	9,5%
4ª causa	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9,1%	Enfermedades del sistema digestivo	4,5%	Enfermedades del sistema nervioso	4,8%	Enfermedades del sistema nervioso	9,5%	Enfermedades del sistema nervioso	8,5%
5ª causa	Enfermedades del sistema nervioso	8,0%	Enfermedades del sistema respiratorio	4,3%	Enfermedades del sistema digestivo	4,7%	Trastornos mentales y del comportamiento	6,8%	Trastornos mentales y del comportamiento	5,6%

Mortalidad proporcional. XXI Grandes grupos de causas de la CIE 10ª Revisión.
Fuente: Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana.
Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

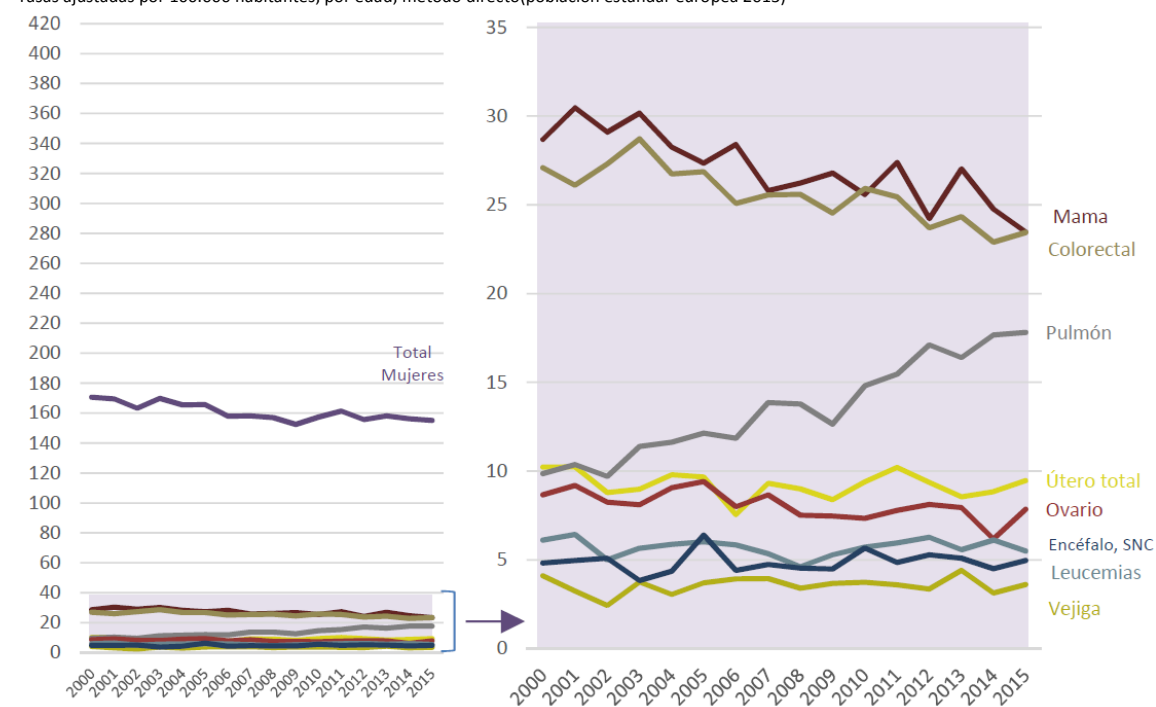
Fecha de elaboración: 04/04/2018

Comunitat Valenciana 2000-2015: Evolución de la mortalidad por cáncer

Tasas ajustadas por 100.000 habitantes, por edad, método directo (población estándar europea 2013)



Tasas ajustadas por 100.000 habitantes, por edad, método directo (población estándar europea 2013)

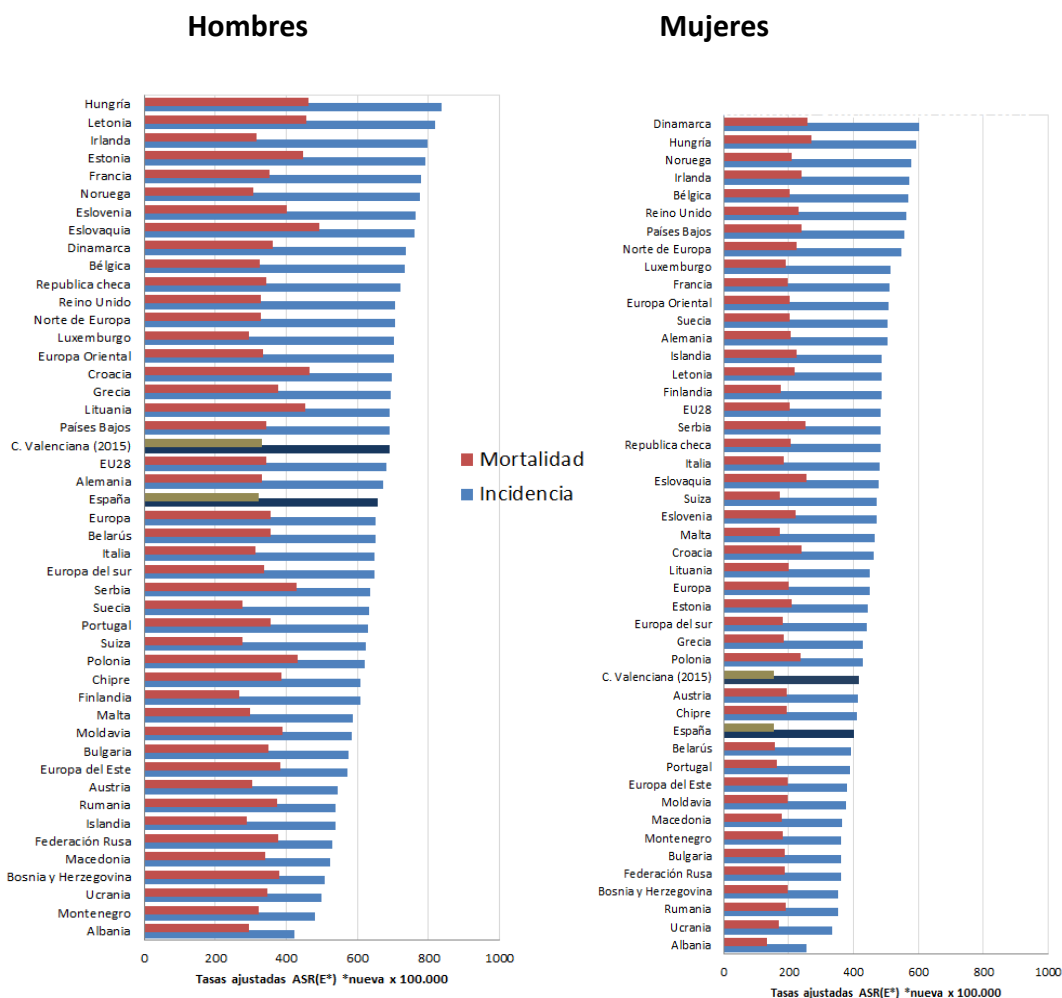


Fuente: El cáncer en cifras 2015. Sistema de Información sobre Cáncer

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. Dirección General de Salud Pública (DGSP).

Cuando comparamos las tasas de incidencia y mortalidad de la Comunitat y las estimaciones realizadas para España y los países de nuestro entorno, se observa que nuestras tasas en los hombres están por encima de la media, y en las mujeres por abajo.

INCIDENCIA ESTIMADA Y MORTALIDAD POR CÁNCER POR PAÍSES Y COMUNITAT VALENCIANA



Datos de Europa: Estimaciones de incidencia y mortalidad para el año 2018. Fuente: ECIS - European Cancer Information System
De <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, accedido en 23/07/2018

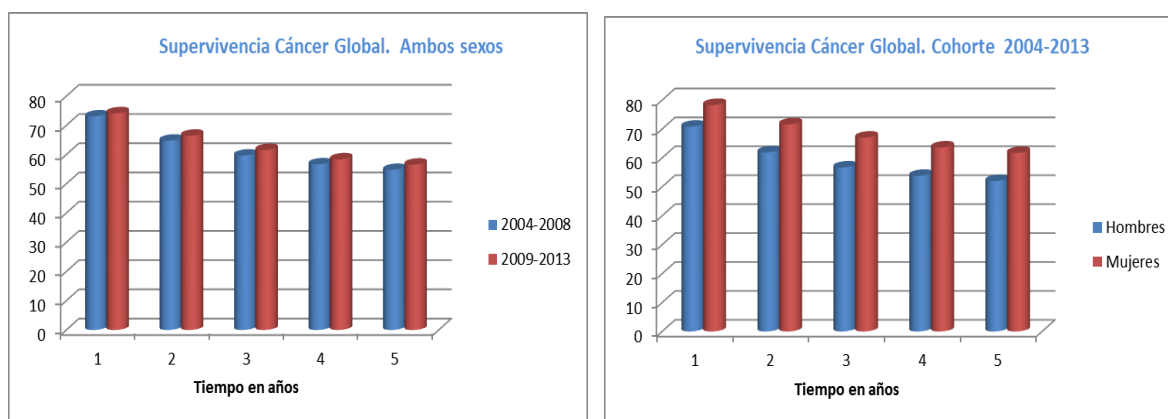
Datos de la C. Valenciana: Incidencia estimada, año 2015 (Sistema de Información sobre Cáncer).

Mortalidad, año 2015: Registro de Mortalidad de la C. Valenciana.

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias

La supervivencia relativa (SR) para todos los tipos de cáncer a los 5 años es del 52% en hombres y 62 % en mujeres. La diferencia es estadísticamente significativa entre sexos y podría explicarse, entre otras, por una distribución de tipos y frecuencias de cáncer diferente. A esto se podría añadir que se ha observado un número de tumores con una letalidad más elevada entre los hombres.

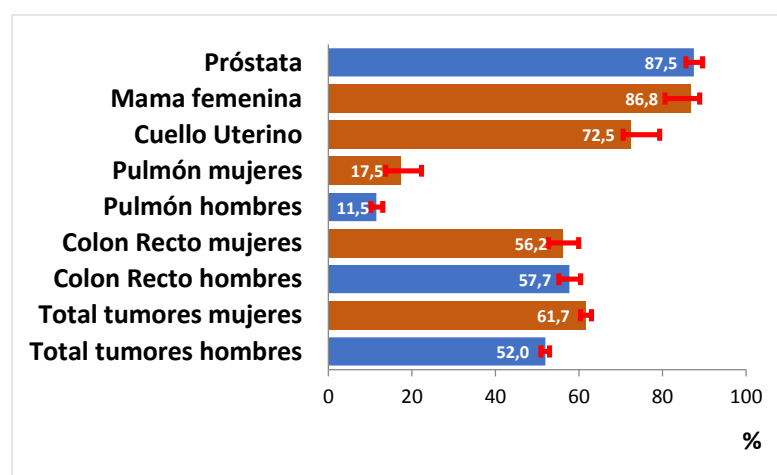
Al comparar la supervivencia para el grupo global, entre las personas diagnosticadas en el periodo 2004-2008 y 2009-2013, observamos valores que tienden a indicar una mejora en el tiempo, si bien deberíamos valor otros factores contribuyentes para poder confirmar esta tendencia.



Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer
 Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP.

En los principales grupos tumorales, la mayor supervivencia del cáncer a los 5 años la ostenta el cáncer de próstata en hombres y el cáncer de mama en mujeres. La supervivencia más baja la tiene el cáncer de pulmón en hombres, y para el total de tumores, las mujeres presentan mayor supervivencia con una diferencia significativa.

Supervivencia a los 5 años. Cohorte 2004-2013

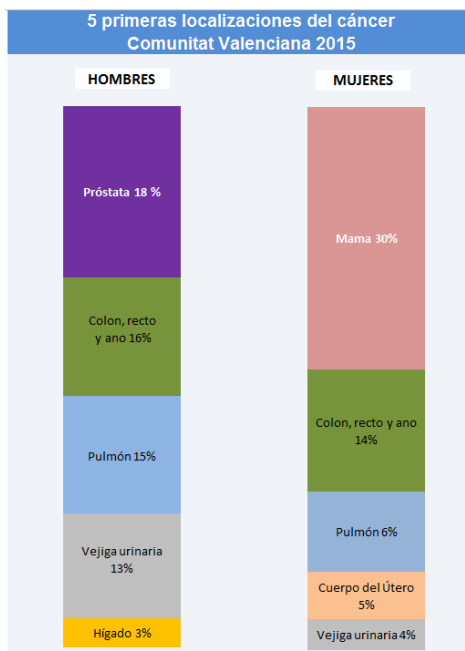


Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer
 Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP.

2.2. INCIDENCIA, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA POR CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA. 2015

2.2.1. UNA VISIÓN GENERAL DEL CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA

Los cinco tumores incidentes más frecuentes para hombres y mujeres son los siguientes:



Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer.

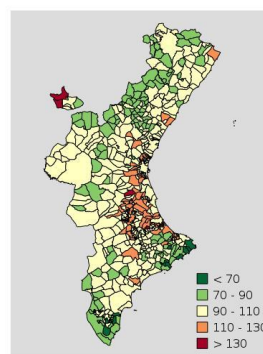
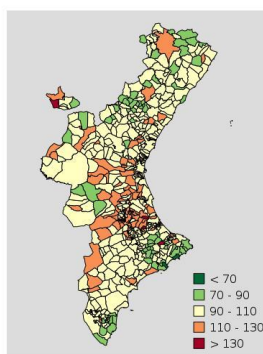
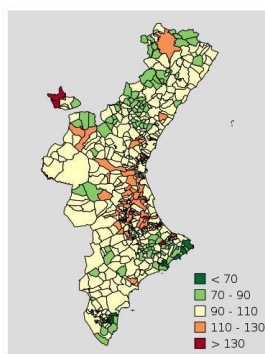
Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP.

En la distribución del cáncer por el territorio de la Comunitat Valenciana, cuando se analiza conjuntamente y por sexos se observa una incidencia más elevada en la costa y en la parte central del territorio, coincidiendo básicamente con los municipios de la provincia de Valencia.

Incidencia de Cáncer en la Comunitat valenciana

Razón de Incidencia Estandarizada suavizada (RIEs) 2000-2015

RIEs Ambos sexos	RIEs Mujeres	RIEs Hombres
------------------	--------------	--------------



Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer. 2015.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos Estadísticas Sanitarias. DGSP

2.2.2. INCIDENCIA, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA DE LOS PRINCIPALES TUMORES

Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (CIE10: C34-35).

En 2015 el número de casos en hombres de la Comunitat han sido 2.185 con una tasa 101,5 casos por 100.000 hombres. Supone el 15% de todos los tumores en hombres y la edad media de los pacientes diagnosticados es de 69 años. Se estima que uno de cada 18 hombres podría desarrollar este tipo de tumor.

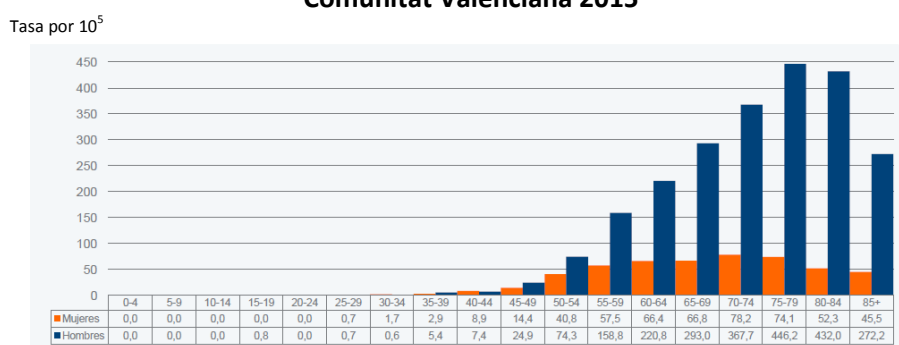
En los tres primeros años de recogida de datos de incidencia, 2007-2009, el cáncer de pulmón ocupó el segundo lugar en frecuencia de cáncer en hombres. A partir de 2010 ocupa el tercer lugar por detrás del cáncer de próstata y el cáncer de colon, recto y ano.

En las mujeres, el número de casos en 2015 ha sido de 652 casos con una tasa de incidencia de 25,6 casos por 100.000 mujeres. Supone el 6% de todos los tumores. La edad media de diagnóstico de este tumor en mujeres es de 65 años. **En las mujeres la frecuencia del cáncer de pulmón ha ido escalando posiciones desde el año 2010, en que se situó en el quinto lugar, cuarto en el 2013 y tercero en 2015 por detrás del cáncer de mama y del cáncer de colon, recto y ano. El número de casos y las tasas se ha duplicado desde 2007 con 305 casos y una tasa de 13,2, a 652 casos en 2015 y una tasa de 25,6 casos por 100.000 mujeres.** El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón en las mujeres estaba en una de cada 110 en el año 2007 y en 2015 se estima que una de cada 60 mujeres podría desarrollar este tipo de tumor.

Los hombres tienen unas tasas de incidencia similares a Europa (EU28): (tasa $97,7 \times 10^5$ hab.; 231.051 casos) y es ligeramente superior a España (tasa 95,2 ; 20.437 casos). Las mujeres en la Comunitat Valenciana tienen una incidencia similar a España (tasa 26,5 ; 6.914 casos) y notablemente inferior, ambas, a la Europea (tasa 46,5 ; 133.550 casos), según las estimaciones para 2018 del ECIS (European Cancer Information System).

El tipo morfológico más frecuente en mujeres es el adenocarcinoma y en hombres los tumores escamosos

Tráquea, bronquios y pulmón. Distribución de la incidencia por grupos de edad y sexo. Comunitat Valenciana 2015



Tasa por 100.000 habitantes.

CV: Comunitat Valenciana.

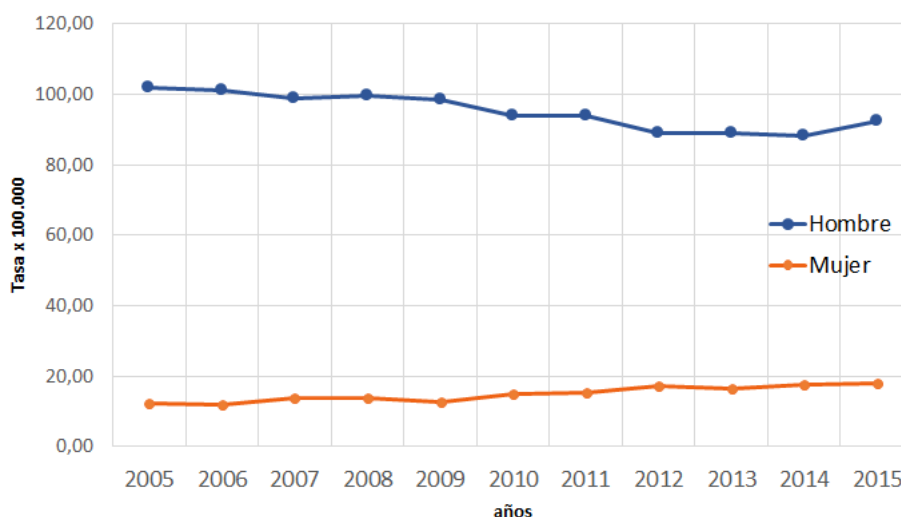
Fuente: Sistema de Información Oncológico.

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP.

Desde el año 2.000 la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres ha venido descendiendo, con un decremento porcentual del 15%. En el año 2015 supone 29% del total de muertes por cáncer en hombres (1.966 muertes) y ocupa la primera posición, con una tasa de 92,4 muertes por cada 100.000 hombres. Es el grupo tumoral con mayor número de años potenciales de vida perdidos: 30,4%.

En las mujeres, con una tasa de mortalidad de 9,9 muertes por 100.000 mujeres (190 muertes) ha ido creciendo desde el año 2.000 hasta duplicarse en 2015, con una tasa de 17,8 (464 muertes). En este último año supuso el 11% de la mortalidad por todos los tumores. El incremento porcentual desde el 2000 ha sido, pues, del 81%. El porcentaje de años potenciales de vida perdidos son 17,8%.

Cáncer de Pulmón. Evolución de la mortalidad 2005-2015.
Tasa de mortalidad ajustada



Tasa ajustada por edad, método directo (población estándar europea 2013) por 10⁵ habitantes.
 Fuente : Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana.
 Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

Es uno de los tumores con una supervivencia más baja. A los 5 años la supervivencia en hombre es del 11,5% y en mujeres del 17,5%. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, no evidenciándose ésta, entre las personas diagnosticadas en los diferentes periodos estudiados: 2004-2008 y 2009-2013. La diferencia encontrada podría ser explicada por una relación exposición/consumo de tabaco y otros factores de riesgo distinta entre ambos sexos.

Supervivencia del cáncer de pulmón a los 5 años Periodo 2004-2013

Tiempo en años	Supervivencia Relativa			
	Hombres	I.C al 95%	Mujeres	I.C al 95%
1	36,5	(34,6;38,4)	47,5	(42,6;53,1)
2	22,5	(20,8;24,3)	33,3	(28,7;38,6)
3	15,2	(13,8;16,8)	22,8	(18,7;27,7)
4	12,6	(11,2;14,1)	19,2	(15,4;23,9)
5	11,5	(10,2;13,0)	17,5	(13,7;22,3)

Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos Estadísticas Sanitarias. DGSP

En el análisis por estadios se observa que la supervivencia desciende bruscamente tanto en hombres como en mujeres en el estadio IV (cáncer con metástasis a distancia).

Supervivencia del cáncer de pulmón a los 5 años según estadio tumoral Periodo 2004-2013

Grupo Tumoral	Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio I		Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio II		Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio III		Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio IV	
	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%
Pulmón hombres	55	(46;66)	36	(28;46)	14	(12;18)	2	(1;3)
Pulmón mujeres	59	(42;83)	47	(30;75)	11	(5;22)	6	(3;10)

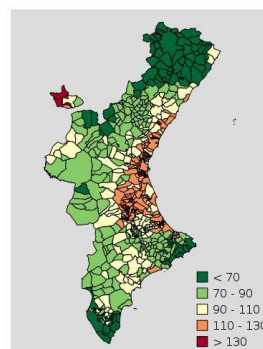
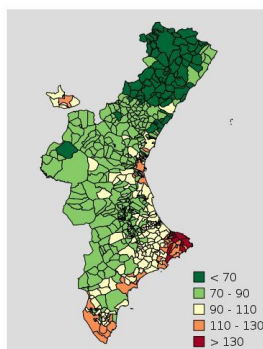
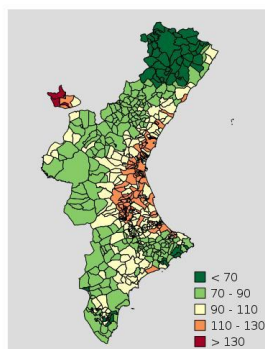
Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos Estadísticas Sanitarias. DGSP

En la distribución geográfica de la mortalidad por cáncer de pulmón se observa un patrón diferente en los municipios de la costa y del interior. En gran medida las muertes por cáncer de pulmón se sitúan en la costa de nuestro territorio.

Mortalidad por Cáncer de Tráquea, Bronquios y Pulmón. Comunitat Valenciana 2000-2015

RMEs Ambos sexos	RMEs Mujeres	RMEs Hombres
------------------	--------------	--------------



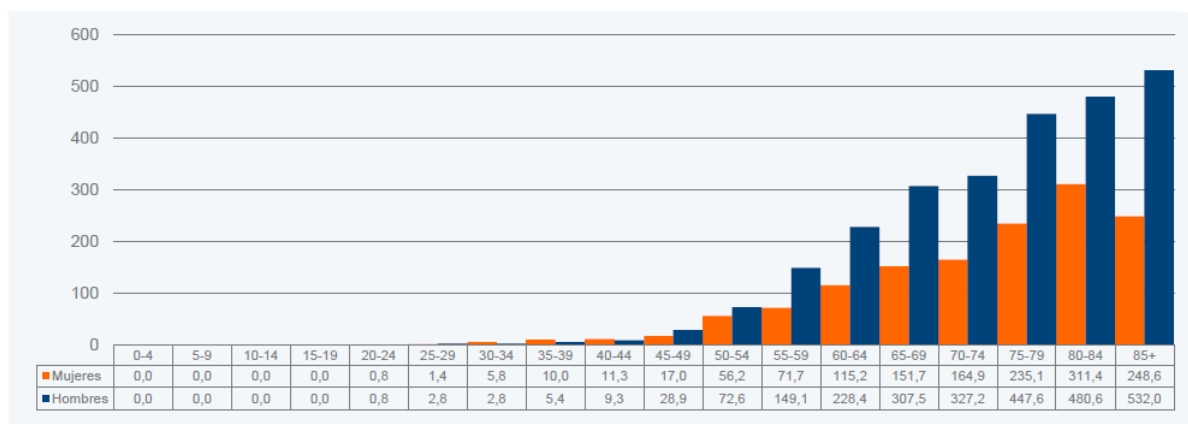
Fuente: Registro de Mortalidad Comunitat Valenciana. (Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada)
Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

Cáncer de colon, recto y ano (CIE10: C18-21).

Desde hace más de diez años es el tumor más frecuente en la población en cuanto a incidencia en ambos sexos (en el año 2007 una tasa de 76 casos por 100.000 y de 81 casos en 2015). Ocupa el segundo lugar en incidencia tanto en hombres como en mujeres, por detrás del cáncer de próstata y del cáncer de mama respectivamente. Con una tasa de 108,4 casos por 100.000 hombres y una tasa de 58,7 por 100.000 mujeres en 2015. Representa el 16% de todos los tumores en hombres y el 14% en mujeres. Se estima que 1 de cada 18 hombres y una de cada 33 mujeres podría desarrollar un cáncer colorrectal a lo largo de su vida. La edad media es diferente: de 69 años en hombres y de 71 en mujeres.

Según el ECIS (European Cancer Information System), la incidencia proyectada de cáncer colorrectal en España para el 2018 es de 52,7 casos por 100.000 mujeres (14.428 casos) y 106 casos por 100.000 hombres (22.744 casos), ocupando la misma posición en frecuencia que en la Comunitat Valenciana. Las estimaciones para la Unión Europea (UE 28) son de 56,0 casos por 100.000 mujeres y 90,5 casos por 100.000 hombres.

**Colon, recto y ano. Distribución de la incidencia por grupos de edad y sexo.
Comunitat Valenciana 2015**



Tasa por 100.000 habitantes.

CV: Comunitat Valenciana.

Fuente: Sistema de Información Oncológico.

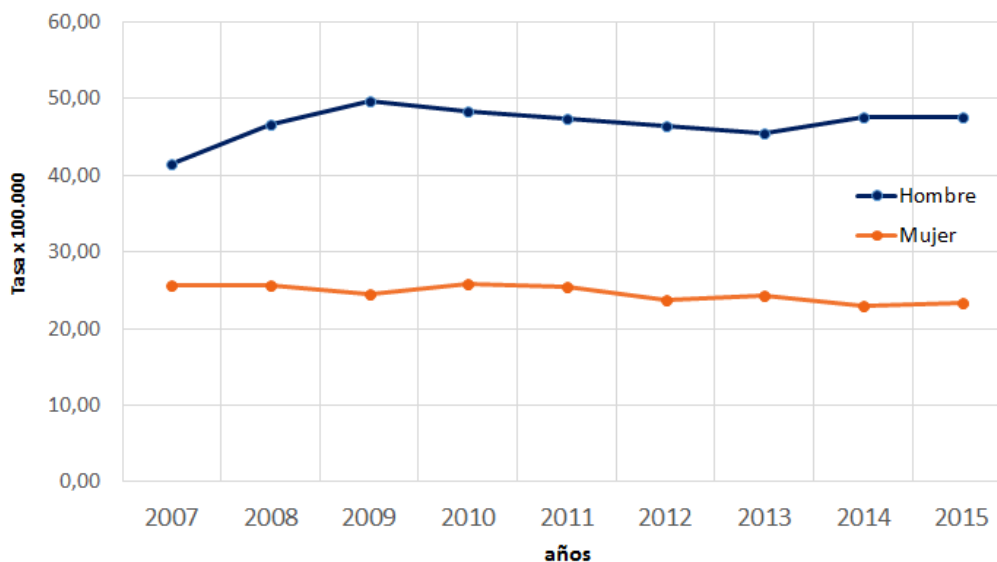
Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP.

Ocupa el segundo lugar en mortalidad tanto en hombres como en mujeres. En los primeros, por detrás del cáncer de pulmón y en la mujeres por detrás del cáncer de mama. En 2015 se produjeron 1619 muertes: 959 en hombres (14%) y 660 en mujeres (16%). En hombres la tasa de mortalidad se situó en 47,7 muertes por cada 100.000. Se ha producido un ligero aumento desde el año 2000, que ha supuesto un incremento porcentual del 8%. En mujeres la tasa de mortalidad en 2015 por este tipo de

cáncer es de 23,4 muertes por cada 100.000 mujeres. Desde el año 2000 la mortalidad en éstas ha tenido un decremento acumulado del 9%.

Cáncer de colon, recto y ano. Evolución de la mortalidad 2007-201

Tasa de mortalidad ajustada



Tasa ajustada por edad, método directo (población estándar europea 2013) por 10⁵ habitantes.

Fuente : Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana.

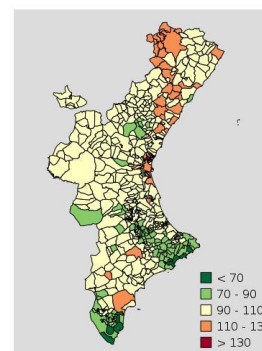
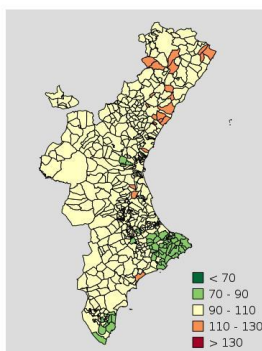
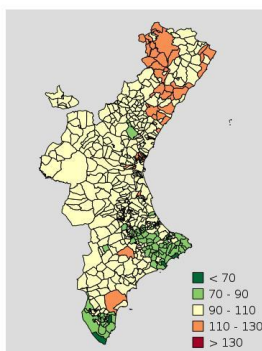
Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

En cuanto al territorio tanto para mujeres como por hombres, se observa un patrón de mayor mortalidad en el norte y en la costa por este tipo de tumor en el territorio valenciano

Representación de la mortalidad por cáncer de colon, recto y ano Comunitat Valenciana 2000-2015

Razón de mortalidad estandarizada suavizada (RMEs)

RMEs Ambos sexos	RMEs Mujeres	RMEs Hombres
------------------	--------------	--------------



Fuente: Registro de Mortalidad Comunitat Valenciana. 2000-2015

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

La supervivencia a los 5 años para el cáncer colorrectal se estima en un 56%. No se han observado diferencia entre hombres y mujeres, pero si entre las cohortes diagnosticadas en diferentes periodos: 2004-2008 y 2009-2013. La hipótesis para explicar la tendencia evolutiva favorable podría estar ligada a una mejora en el tratamiento, aunque se necesitarían cohortes de mayor tamaño, o periodos de tiempo más distanciados para confirmarlo, además del impacto del cribado que no ha sido valorado. La modificación de hábitos de vida sería también otro de los factores a considerar.

Supervivencia del cáncer colorrectal a los 5 años Periodo 2004-2013

Tiempo en años	Supervivencia Relativa			
	Hombres	I.C al 95%	Mujeres	I.C al 95%
1	78,2	(76,4;80,0)	77,3	(75,2;79,5)
2	70,5	(68,5;72,6)	69,6	(67,2;72,0)
3	64,2	(62,0;66,4)	63,7	(61,1;66,4)
4	59,8	(57,5;62,3)	58,3	(54,9;62,0)
5	57,7	(55,2;60,4)	56,2	(52,7;59,9)

Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos Estadísticas Sanitarias. DGSP

En el análisis por estadios se observa que la supervivencia desciende bruscamente tanto en hombres como en mujeres en el estadio IV (cáncer con metástasis a distancia).

Supervivencia del cáncer colorrectal a los 5 años según estadio tumoral Periodo 2004-2013

Grupo Tumoral	Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio I			Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio II			Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio III			Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio IV		
	N	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	N	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	N	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	N	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%
Colon-Recto hombres	515	94	(89;99)	686	70	(65;75)	705	64	(59;69)	599	12	(9;15)
Colon-Recto mujeres	327	86	(80;92)	484	76	(71;82)	502	62	(57;68)	383	10	(8;14)

Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer.

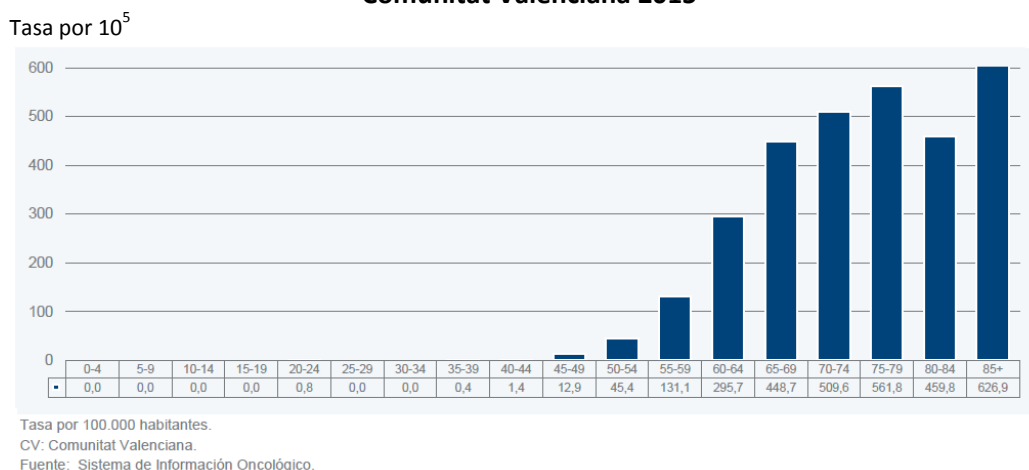
Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos Estadísticas Sanitarias. DGSP

Cáncer de próstata (CIE10: C61).

Desde la última década **es el tumor más frecuente en hombres y representa el 30% de todos los tumores que afectan a los hombres**. La tasa de incidencia en el año 2015 es 130,3 por 100.000 (2.722 casos) y de 151 casos por 100.000 hombres (2.699 casos) en el 2007. A partir de los mayores de 55 años se agrupan más del 95% de los casos, siendo la media de edad 71 años. Con los datos de 2015 se estima que 1 de cada 14 hombres podría desarrollar un cáncer de próstata.

Las tasas de incidencia en la Comunitat Valenciana son inferiores a Europa -EU 28- ($158,5 \times 10^5$ hab. con 375.842 casos) y a España ($147,9 \times 10^5$ hab. con 31.728 casos) según las proyecciones del ECIS para el año 2018.

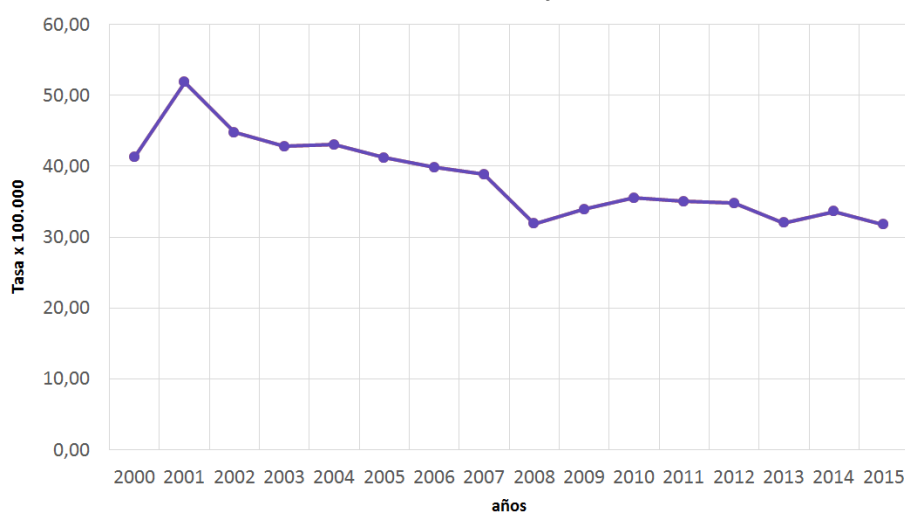
**Próstata. Distribución de la incidencia por grupos de edad.
Comunitat Valenciana 2015**



Desde el año 2001 la mortalidad por este cáncer ha descendido de forma progresiva desde una tasa en ese año de 41 por 100.000 hombres (512 muertes) hasta una tasa de 32 por 100.000 hombres (601 muertes) en el año 2015. En 2015 ha supuesto el 9% de todos los cánceres en hombres. El 87% de las muertes por esta causa se agrupan en los mayores de 70 años. Es la tercera causa de mortalidad por cáncer en hombres. Los años potenciales de vida perdidos debidos a este tumor suponen el 1,6%.

Cáncer de próstata. Evolución de la mortalidad 2000-2015

Tasa de mortalidad ajustada



Tasa ajustada por edad, método directo (población estándar europea 2013) por 10⁵ habitantes.

Fuente : Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

Es el tumor con la supervivencia más alta en los hombres. Se estima que a los 5 años el 87% de los diagnosticados por este tipo de tumor están vivos. Al comparar las cohortes diagnosticadas en 2004-2008 y 2009-2013, no se aprecia diferencias estadísticamente significativas.

Supervivencia del cáncer de próstata a los 5 años

Periodo 2004-2013

Tiempo en años	Próstata	
	Supervivencia Relativa	I.C al 95%
1	95,2	(94,3;96,2)
2	92,2	(90,9;93,5)
3	90,2	(88,7;91,7)
4	89,4	(87,7;91,1)
5	87,5	(85,6;89,6)

Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos Estadísticas Sanitarias. DGSP

En el análisis por estadios se observa que la supervivencia en el estadio IV (cáncer con metástasis a distancia) se mantiene en un 30%.

Supervivencia del cáncer de próstata a los 5 años según estadio tumoral **Periodo 2004-2013**

Grupo Tumoral	Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio I		Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio II		Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio III		Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio IV	
	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%
Próstata	95	(90;102)	99	(97;101)	97	(93;102)	30	(24;37)

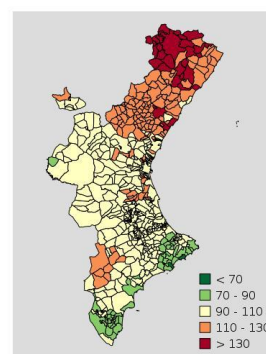
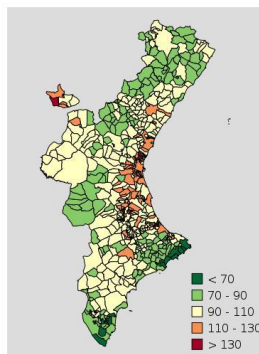
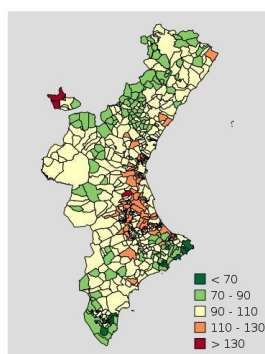
Por lo que se refiere a la mortalidad en el territorio, se observa en el periodo 2000-2015 un aumento en el interior y norte de la provincia de Castelló y también en la provincia de Valencia, que coincide con municipios con menos población y más envejecida, lo cual se corresponde con la alta supervivencia de éste y se alinea con la tesis de ser uno de los tumores más prevalentes en la población.

Representación de la Mortalidad por Cáncer de próstata.

Municipios de la Comunitat Valenciana. 2000-2015

Razón de mortalidad estandarizada suavizada (RMEs)

RMEs Todas causas Hombres	RMEs Todos los tumores Hombres	RMEs Cáncer de próstata
------------------------------	-----------------------------------	----------------------------



Fuente: Registro de Mortalidad. Comunitat Valenciana.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

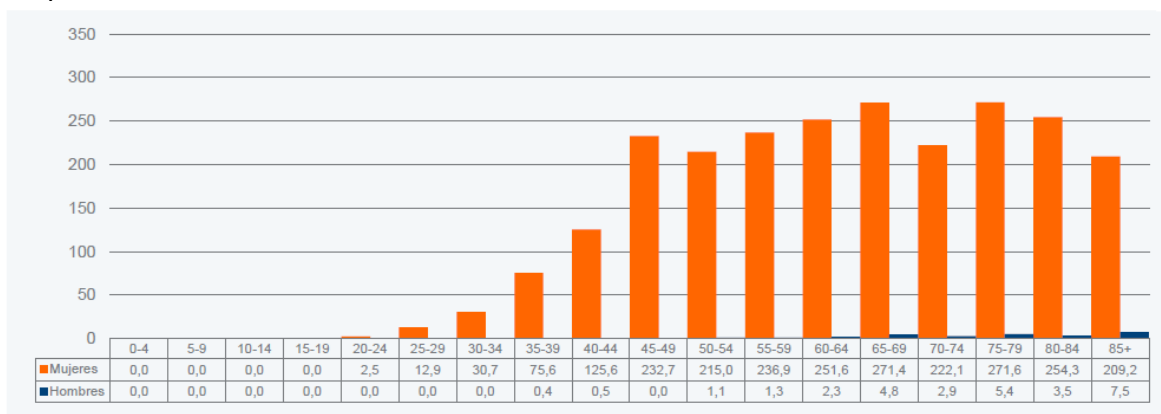
Cáncer de mama (CIE10: C50).

Es el tumor más frecuente en las mujeres y, con ligeras oscilaciones, **la incidencia se mantiene estable**. En el años 2007 la tasa fue de 123 casos por 100.000 mujeres (2.885 casos) y de 127,3 en 2015 (3.344 casos). **Supone el 30% de todos los cánceres que afectan a las mujeres**. La mayor incidencia de casos se produce en el grupo de edad de **45-69 años**, intervalo de población que coincide con los criterios de inclusión en el programa de detección precoz del cáncer de mama. La media de edad es de 60 años. Se estima que el riesgo de desarrollar cáncer de mama en 2015 es de una de cada 12 mujeres.

Las tasas de incidencia en la Comunitat y en España (125,8 ; 32.825 casos) son similares. La tasa de incidencia de Europa (EU28) es ligeramente superior: (144,9 ; 40.4920 casos) según las estimaciones realizadas por el European Cancer Information System (ECIS) para el 2018.

Mama. Distribución de la incidencia por grupos de edad. Comunitat Valenciana 2015

Tasa por 10⁵



Tasa por 100.000 habitantes.

CV: Comunitat Valenciana.

Fuente: Sistema de Información Oncológico.

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP.

Distribución de la incidencia de cáncer de mama por grupos de edad

Edad (años)	Nº de muertes	Frecuencia (%)
<45	487	14,6%
45-69	1.956	58,5%
>69	901	26,9%
Total	3.344	100,0%

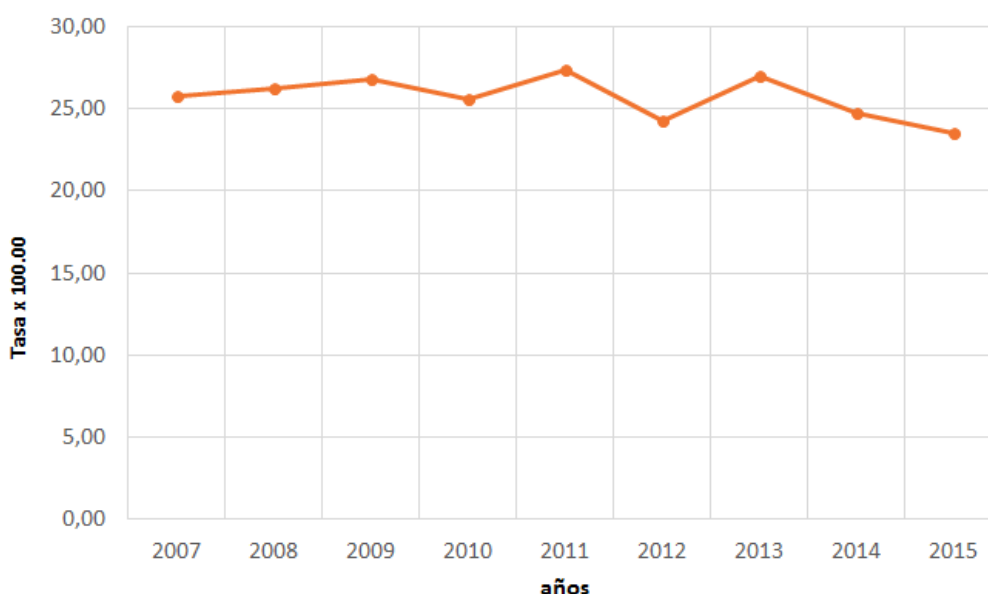
Fuente: Sistema de Información de Cáncer de la Comunitat valenciana. 2015

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

En 2015, la mortalidad total por tumores en mujeres fue de 4.242, atribuyéndose 644 muertes al cáncer de mama. Ocupa el **primer lugar en la mortalidad por tumores en mujeres**, suponiendo un 15% de las muertes por cáncer. La tasa de mortalidad es de 23,5 muertes por 100.000 mujeres.

Los años potenciales de vida perdidos por este tumor son el 19,4%. Desde el año 2000 ha experimentado un decremento del 18%. En la distribución por grupos de edad se observa que el 56% de las muertes por cáncer de mama se producen en mayores de 69 años.

Cáncer de mama. Evolución de la mortalidad 2007-2015 **Tasas de Mortalidad ajustadas**



Tasa ajustada por edad, método directo (población estándar europea 2013) por 10⁵ habitantes.

Fuente : Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

Distribución de la mortalidad de cáncer de mama por grupos de edad

Edad (años)	Nº de muertes	Frecuencia (%)
<45	34	5,3%
45-69	243	37,7%
>69	367	57,0%
Total	644	100,0%

Fuente: Registro de Mortalidad. Comunitat Valenciana. 2016

Elabora Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

Es el **tumor con la supervivencia más alta** en las mujeres. Se estima **que a los 5 años el 86% de las que fueron diagnosticadas permanecen con vida**. Al comparar las cohortes de mujeres diagnosticadas en diferentes periodos 2004-2008 y 2009-2013, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

Supervivencia del cáncer de mama a los 5 años Periodo 2004-2013

Tiempo en años	Mama Femenina	
	Supervivencia Relativa	I.C al 95%
1	96,7	(95,8;97,6)
2	93,7	(92,5;94,9)
3	90,9	(89,4;92,5)
4	88,4	(86,5;90,3)
5	85,9	(83,9;88,0)

Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos Estadísticas Sanitarias. DGSP

En el análisis por estadios se observa que la supervivencia en el estadio IV (cáncer con metástasis a distancia) se mantiene en un 25%.

Supervivencia del cáncer de mama a los 5 años según estadio tumoral Periodo 2004-2013

Grupo Tumoral	Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio I		Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio II		Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio III		Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio IV	
	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%
Mama femenina	98	(96;100)	91	(87;94)	75	(70;81)	25	(18;33)

Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos Estadísticas Sanitarias. DGSP

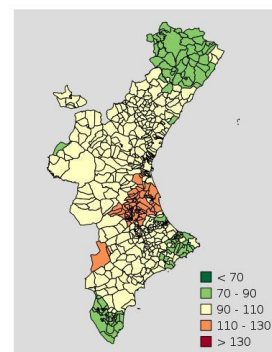
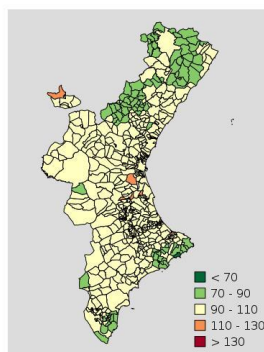
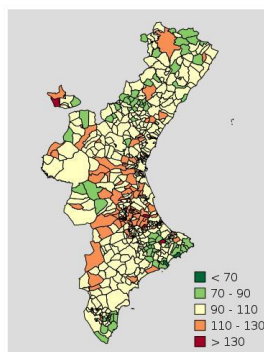
Las tasas de mortalidad más elevadas presentan un patrón con una franja costera y hacia el interior en el centro y sur de la Comunitat.

Representación de la mortalidad por càncer de mama

Municipios de la Comunitat Valenciana. 2000-2015

Razón de mortalidad estandarizada suavizada (RMEs)

RMEs Todas causas Mujeres	RMEs Todos los tumores Mujeres	RMEs Cáncer de mama femenina
------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------



Fuente: Registro de Mortalidad Comunitat Valenciana. 2000- 2015

Elabora Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias.

Cáncer de cuello de útero (CIE10: C53).

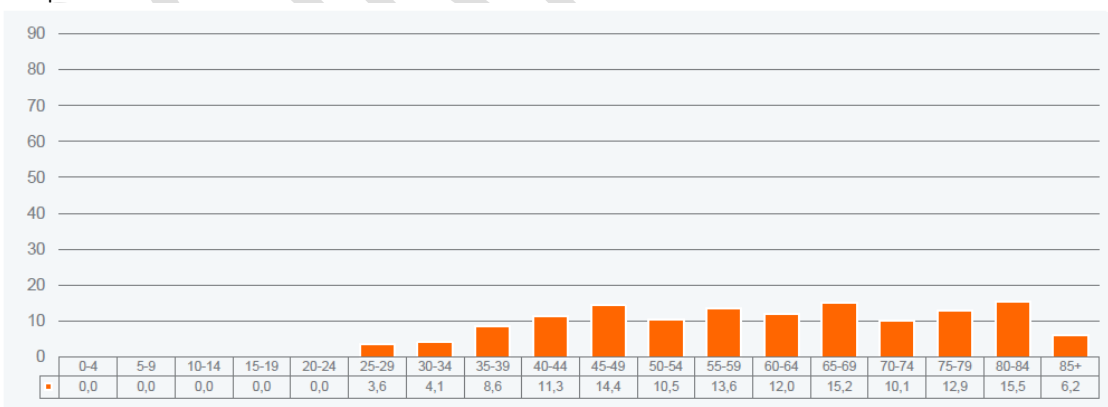
La incidencia de cáncer de cérvix es de 202 casos en el año 2015, y una tasa de 7,6 casos por 100.000 mujeres, en el año 2007 se diagnosticaron 240 casos con una tasa de $9,8 \times 10^5$ mujeres. El promedio en este periodo es de 246 casos anuales y una tasa de 9,45 por 100.000 mujeres con tendencia decreciente.

El cáncer de cérvix ocupa el décimo segundo lugar en frecuencia y representa el 1,8% del total de tumores en el año 2015. La edad media de aparición son 56 años. El mayor número de casos ocurre entre los 35-64 años, representando el 63% del total. En mujeres menores de 35 años ocurre el 6% de los casos. La incidencia comienza a aumentar, gradualmente, a partir del grupo de edad de 35-39 con una tasa de 8,61. Las tasas oscilan del 11,33 a los 40-49 años hasta los 15,45 a los 80-84 años. Con los indicadores del 2015 y si las circunstancias actuales se mantuvieran se estima que 1 de cada 194 mujeres podría padecer un cáncer de cérvix.

La incidencia estimada para el 2018 en España según European Cancer Information System- (ECIS) es de 1.942 casos con una tasa de 7,5, similar a la de Comunitat Valenciana. En la Unión Europea la tasa es superior 12,2 (32.675 casos).

Cáncer de cuello de útero. Distribución de la incidencia por grupos de edad Comunitat Valenciana 2015

Tasa por 10^5



Tasa por 100.000 habitantes.

CV: Comunitat Valenciana.

Fuente: Sistema de Información Oncológico.

Distribución de la incidencia de cáncer de cérvix por grupos de edad

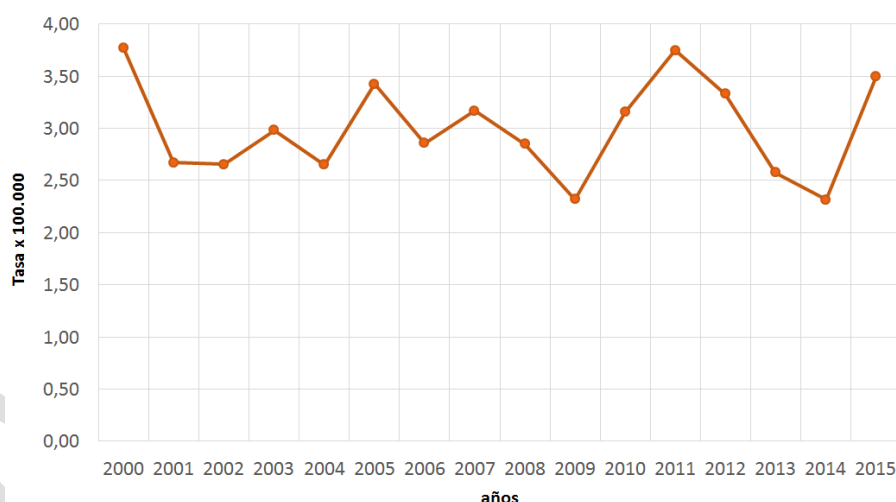
Edad (años)	Nº de muertes	Frecuencia (%)
<35	12	5,9%
35-64	127	62,9%
>64	63	31,2%
Total	202	100,0%

Fuente: Sistema de Información de Cáncer de la Comunitat valenciana. 2015
 Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

En 2015 la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix fue de 3,5 muertes por 100.000 mujeres (94 muertes). Los años potenciales de vida perdidos fueron un 4,4%. Desde el año 2000, con pocas oscilaciones, la tasa de mortalidad se ha mantenido estable: entre los 2,3 a 3,8 casos por 100000 mujeres con una media de 71 muertes por año.

Cáncer de cérvix. Evolución de la mortalidad 2000-2016.

Tasas de mortalidad ajustadas



Tasa ajustada por edad, método directo (población estándar europea 2013) por 10⁵ habitantes.

Fuente : Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

El 99% de las muertes se producen a partir de los 35 años.

Distribución de la mortalidad por grupos de edad de cáncer de cérvix

Edad (años)	Nº de muertes	Frecuencia (%)
<35	1	1,3%
35-64	35	44,9%
>64	42	53,8%
Total	78	100,0%

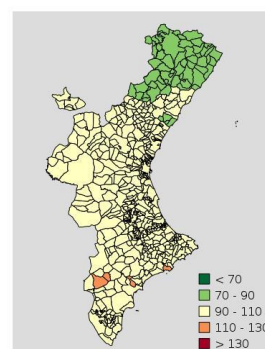
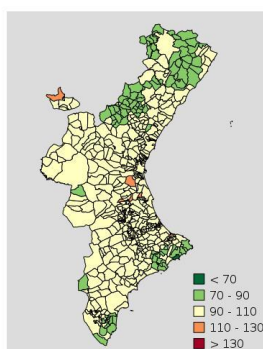
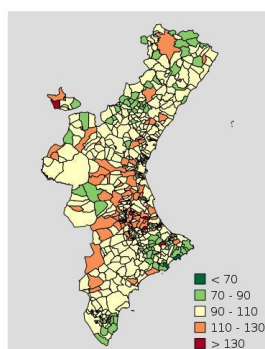
Fuente: Registro de Mortalidad Comunitat Valenciana. 2016
 Elabora Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

Representación de la mortalidad por cáncer de cérvix. 2000-2015

Municipios de la Comunitat Valenciana

Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada (RMEs)

RMEs Todas causas Mujeres	RMEs Todos los tumores Mujeres	RMEs Cáncer de cérvix
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------



Fuente: Registro Mortalidad, 200-2015.

Elabora Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

Según la distribución geográfica en el periodo 2007-2015, no existen municipios con mayor mortalidad que la media de la Comunitat Valenciana

Es el tumor con una supervivencia alta. Se estima que a los 5 años el 72,5% de las mujeres que fueron diagnosticados están vivas. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas al comparar las cohortes de mujeres diagnosticadas en diferentes periodos 2004-2008 y 2009-2001.

Supervivencia del cáncer cuello de útero a los 5 años

Periodo 2004-2013

Tiempo en años	Cuello uterino	
	Supervivencia Relativa	I.C al 95%
1	90,4	(86,4;94,5)
2	84,1	(79,1;89,4)
3	78,6	(73;84,6)
4	77,3	(71,5;83,5)
5	72,5	(66,3;79,3)

Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos Estadísticas Sanitarias. DGSP

En el análisis por estadios se observa que la supervivencia desciende hasta el 17% en el estadio IV (cáncer con metástasis a distancia).

**Supervivencia del cáncer de pulmón a los 5 años según estadio tumoral
Periodo 2004-2013**

Grupo Tumoral	Supervivencia Relativa a 5 años. Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio I		Supervivencia Relativa a 5 años. Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio II		Supervivencia Relativa a 5 años. Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio III		Supervivencia Relativa a 5 años. Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio IV	
	Supervivencia Relativa %	I.de C. al 95%	Supervivencia Relativa %	I.de C. al 95%	Supervivencia Relativa %	I.de C. al 95%	Supervivencia Relativa %	I.de C. al 95%
Cuello uterino	91	(84;98)	70	(56;87)	62	(46;83)	17	(8;38)

Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer.

Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos Estadísticas Sanitarias. DGSP

2.2.3. TUMORES CON BAJA SUPERVIVENCIA

Existe un grupo de tumores en los que la supervivencia a los cinco años del diagnóstico se sitúa en el 30-35%, o por debajo. En este conjunto de tumores la mayoría son poco frecuentes pero incluye otros, como el pulmón, que son más comunes. De entre los tumores con una frecuencia menor, pero a destacar por su baja supervivencia detallamos los siguientes: tumor de esófago, hígado, páncreas, ovario y mesotelioma.

Tumores de baja supervivencia. Incidencia y Mortalidad. 2015

Grupo tumoral (CIE-10)	Nº de casos incidentes	Tasa ajustada de incidencia	Tasa ajustada de mortalidad
C15 Esófago	232	4,9	4,3
C22 Hígado	697	14,7	10,4
C25 Páncreas	739	15,5	14,0
C45 Mesotelioma	30	0,6	0,7
C56 Ovario	310	12	8,0

Tasa ajustada por edad, método directo (población estándar europea 2013) por 10⁵ habitantes.

Fuente: Sistema de Información de Cáncer de la Comunitat valenciana. 2015

Fuente: Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. 2016

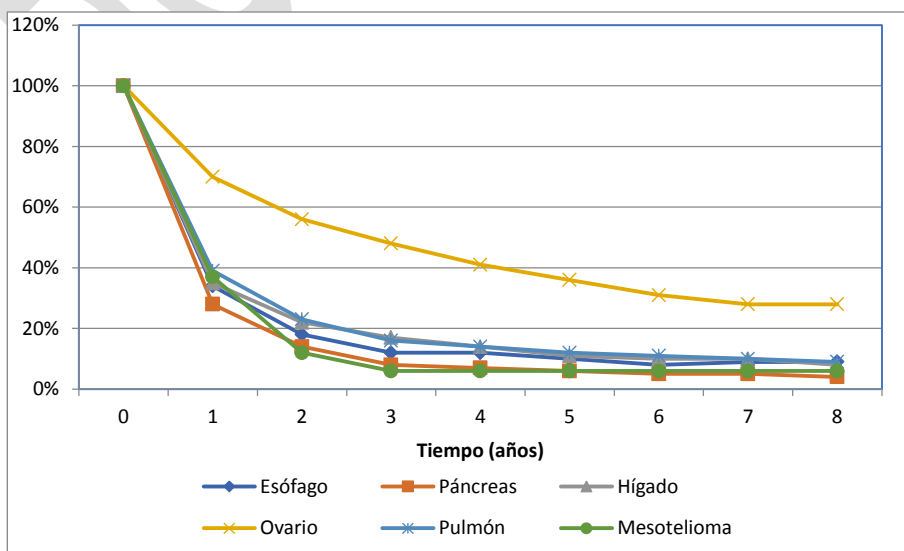
Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

En cuanto a la incidencia en el periodo 2007-2015 no se advierten cambios relevantes, a excepción del cáncer de páncreas en el que se observa un ligero aumento, mayor en mujeres.

En mortalidad las tasas en el periodo 2000-2015 se mantienen igual pero con un ligero ascenso en el cáncer de páncreas. Debido a su letalidad, la tasa de incidencia y mortalidad son prácticamente iguales.

Entre estos, el cáncer de ovario es el de mayor supervivencia a 1, 3 y 5 años. Los cánceres de páncreas y mesotelioma, en cualquier momento en el tiempo, son los de peor supervivencia.

Supervivencia de los tumores con alta letalidad



Supervivencia en los cánceres con alta letalidad. Periodo 2004-2013.

Supervivencia (años)	C15 Esófago	C22 Hígado	C25 Páncreas	C45 Mesotelioma	C56 Ovario
1	34%	35%	28%	37%	70%
2	18%	22%	14%	12%	56%
3	12%	17%	8%	6%	48%
4	12%	14%	7%	6%	41%
5	10%	11%	6%	-	36%

Fuente: Sistema Información sobre Cáncer de la Comunitat Valenciana
Elabora Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias.

Con respecto a la extensión del tumor al diagnóstico se observa que en este grupo, la mayoría se diagnostican en etapas tardías. En el cáncer de páncreas el 50% de los casos son diagnosticados cuando ya existe metástasis. No se han encontrado diferencias en las cohortes diagnosticadas en diferentes periodos.

Distribución de los cánceres con baja supervivencia según la extensión al diagnóstico.

Grupo tumoral (CIE-10)	Local	Regional	Metástasis
C15 Esófago	6,2%	32,0%	35,0%
C22 Hígado	4,8%	4,2%	16,9%
C25 Páncreas	3,5%	14,7%	50,7%
C45 Mesotelioma	-	-	-
C56 Ovario	17,6%	47,3%	28,0%

Fuente: Sistema Información de Cáncer de la Comunitat Valenciana
Elabora Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias.

2.2.4. EL CÁNCER EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA COMUNITAT VALENCIANA

El cáncer en la infancia debe su importancia, más que a la frecuencia, a ser la primera causa de muerte entre los 5 y 14 años y la segunda causa entre 15 y 19 años tras las causas externas. Habría que añadir a la enfermedad tumoral en la infancia los efectos tardíos y discapacidades en los supervivientes.

**Principales causas de muerte
en la Comunitat Valenciana en 2016 por grupos de edad**

	0 a 4 años	%	5 a 14 años	%	15 a 24 años	%
1ª causa	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	44,0%	Tumores	27,3%	Causas externas de mortalidad	51,5%
2ª causa	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	23,2%	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12,1%	Tumores	15,5%
3ª causa	Enfermedades del sistema nervioso	7,1%	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	9,1%	Enfermedades del sistema nervioso	11,3%

Mortalidad proporcional. XXI Grandes grupos de causas de la CIE 10ª Revisión.

Fuente: Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana.

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

Mortalidad

Cada año, por cada cien mil habitantes, fallecen 4 menores de 20 años a causa de un tumor maligno. Entre 2014 y 2015 ocurrieron 73 defunciones, 36 niños y 37 niñas y representa una tasa de mortalidad ajustada por población Europea de 37,7 muertes por millón de habitantes de 0 a 19 años de ambos sexos (40,3 en niñas y adolescentes y 35,3 en niños). En el grupo de menores de 15 años la tasa ajustada fue de 38,3 ambos sexos (44,6 niñas y 34,6 niños).

Incidencia

En la Comunitat Valenciana, 326 menores de 20 años presentaron un nuevo cáncer entre 2014 y 2015, con una tasa bruta de 165 casos nuevos por millón de personas-año. Si ajustamos por población europea y mundial las tasas estimadas serían de 168.5 y 169.5 respectivamente por millón de habitantes. Uno de cada 300 menores de 20 años podría ser diagnosticado de un cáncer en la Comunitat Valenciana.

Tumores infantiles y de adolescentes (0-19 años)
Comunitat Valenciana 2014-2015.
Indicadores de incidencia y mortalidad por sexo.

Incidencia						
Sexo	Nº de Casos	Tasa Bruta	Ts Ajustada (Pobl. Europea)	I. de C. (95 %)	Ts Ajustada (Pobl. Mundial)	I. de C. (95 %)
Niños	178	175.0	177.9	(152.6 ; 206.6)	177.9	(152.4 ; 206.8)
Niñas	148	154.1	158.6	(133.9 ; 186.8)	160.6	(135.4 ; 189.5)
Ambos	326	164.9	168.5	(150.6 ; 188.2)	169.5	(151.3 ; 189.4)

Mortalidad						
Sexo	Nº de Defunciones	Tasa Bruta	Ts Ajustada (Pobl. Europea)	I. de C. (95 %)	Ts Ajustada (Pobl. Mundial)	I. de C. (95 %)
Niños	36	35.4	35.3	(24.7 ; 49.4)	35.3	(24.6 ; 49.6)
Niñas	37	38.5	40.3	(28.3 ; 56.0)	41.3	(28.9 ; 57.6)
Ambos	73	36.9	37.7	(29.5 ; 47.7)	38.2	(29.8 ; 48.4)

Tasas bruta y ajustadas por 10⁶ habitantes

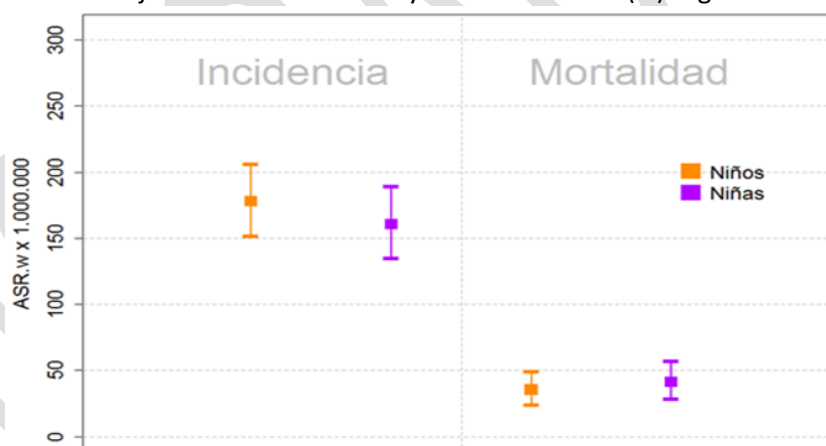
Fuente: Registro de Tumores Infantiles y Adolescentes de la Comunitat Valenciana (RTICV)

Sistema de Información sobre Cáncer de la Comunitat Valenciana

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

Tumores infantiles y de adolescentes (0-19 años)
Comunitat Valenciana 2014-2015.

Tasas ajustadas de incidencia y mortalidad –ASR(w) según sexo



ASR(W): Tasas ajustadas por edad método directo (población estándar mundial) por 10⁶ habitantes, IC. 95%

Fuentes: RTICV y Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana

Sistema de Información sobre Cáncer de la Comunitat Valenciana

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

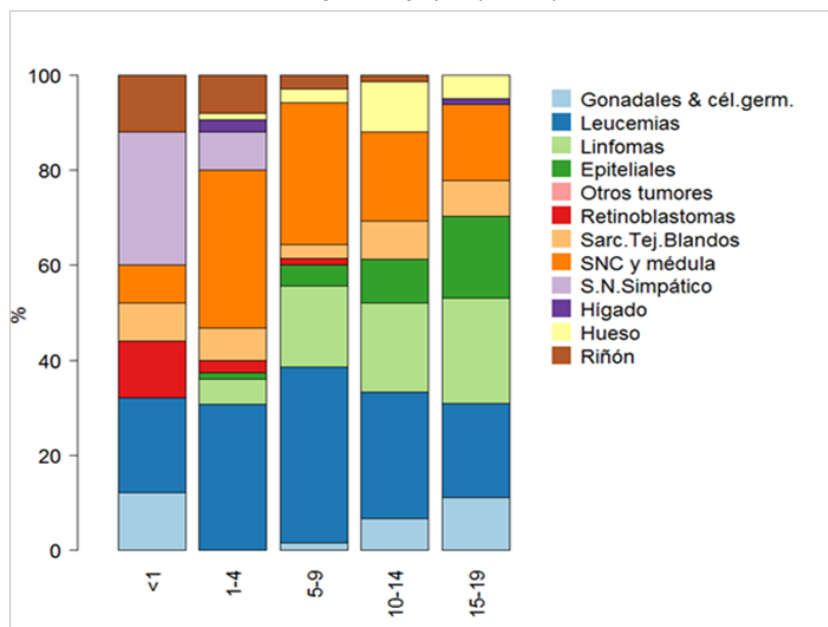
Por grupos de edad la mayor incidencia se dio en menores de 1 año seguido de los grupos de 15 a 19 y de 1 a 4 años, observando una ligera diferencia entre sexos(M/F=1,2).

Cabe señalar la diferente afectación entre grupos tumorales y la edad. Podemos observar cómo tumores de origen embrionario: neuroblastomas, retinoblastomas, nefroblastomas y también las leucemias suelen aparecer en menores de 10 años. A partir de esa edad se dan los

tumores óseos, linfomas y los epiteliales y melanomas. Estas diferencias se corresponden a las observadas en toda la serie con un patrón constante de afectación.

Distribución porcentual de la incidencia de los tumores infantiles y de adolescentes (0-19 años) por grupos de edad Comunitat Valenciana 2014-2015.

12 grandes grupos (ICCC-3)



(ICCC-3) International Classification of Childhood Cancer, 2005

Fuente: Registro de Tumores Infantiles y Adolescentes de la Comunitat Valenciana

Sistema de Información sobre Cáncer de la Comunitat Valenciana

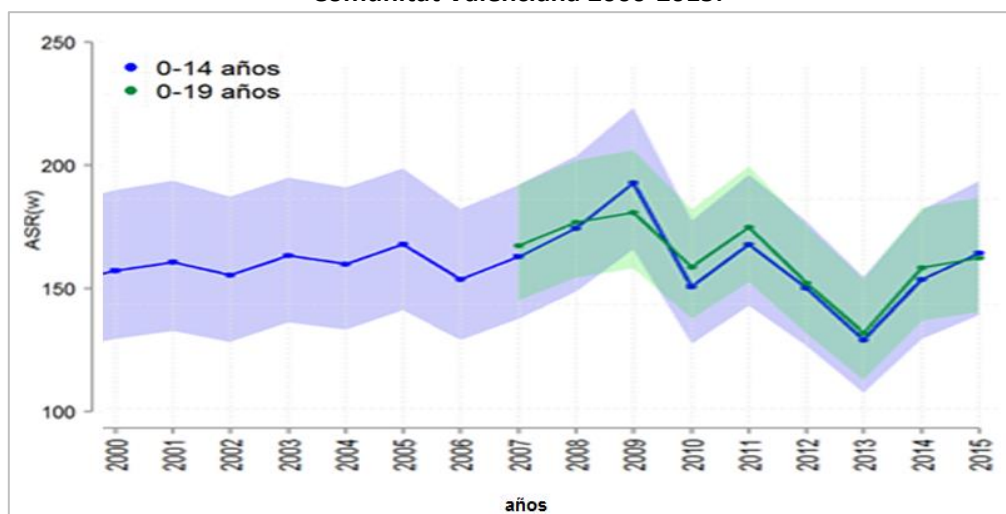
Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

La leucemia es el grupo más frecuente (27,6%) estimándose una tasa ajustada por población mundial (ASRw) de 46,5 para ambos sexos. En niños y adolescentes el 75% corresponde al subgrupo de leucemias linfoblásticas agudas (LLA).

Entre los tumores sólidos la mayor proporción viene representada por los tumores de SNC y médula con un 23% y una ASRw para ambos sexos de 39 casos por millón. El siguiente grupo tumoral lo constituyen los linfomas con el 15% y una ASRw de 23 casos por millón de habitantes.

En cuanto a la evolución temporal del cáncer en la infancia, la incidencia se mantiene estable hasta el año 2015, no observándose un mayor número de casos en el periodo 1991 al 2015.

Evolución temporal de la incidencia de tumores infantiles y de adolescentes Comunitat Valenciana 2000-2015.



ASR(W): Tasas ajustadas por edad método directo (población estándar mundial) por 10⁶ habitantes, (I.de C.al 95%)

Fuente: Registro de Tumores Infantiles y Adolescentes de la Comunitat Valenciana

Sistema de Información sobre Cáncer de la Comunitat Valenciana

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP.

Con respecto a países de nuestro entorno presentamos tasas similares. En Reino Unido, en el periodo 2013-2015 y en el grupo de edad de 0 a 14 años se observa una ASRw para ambos sexos de 162 casos por millón de niños. La ASRw de la Comunitat para el periodo 2014-2015 en el grupo de 0 a 14 años es de 168 casos por millón

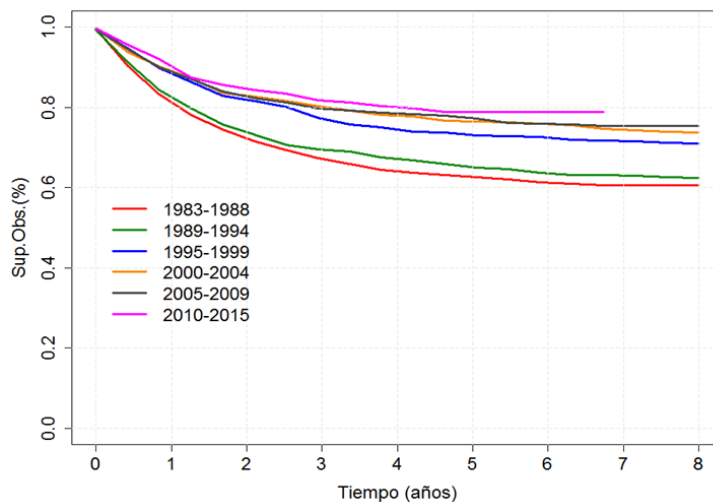
Supervivencia

La probabilidad de supervivencia observada (S.O.) a 5 años del cáncer infantil en la Comunitat fue 72% (IC%: 71-74) entre 1983 a 2015. Y entre 2007- 2015 del 79% (IC%: 77-82) equiparable a países europeos de nuestro entorno como Francia, con una S.O de tumores del SNC(70,8%) y de LLA (88,6%) e Italia SNC(74,8%) y LLA (87,8%) (Concord-3: estudio mundial de supervivencia 2004-2014).

No se observan diferencias en la supervivencia entre sexos ni por provincias. Los menores de 1 año tienen peor supervivencia con respecto al resto de grupos de edad.

En cuanto a la evolución temporal de la supervivencia, las cohortes de diagnóstico más recientes muestran mejores probabilidades de supervivencia.

Supervivencia Observada por cohortes de incidencia
Tumores infantiles (0-14 años)
Comunitat Valenciana 1983-2015.



Supervivencia Observada e I.C. al 95%. Método Kaplan Meyer. N=3.601
Fuente: Registro de Tumores Infantiles y Adolescentes de la Comunitat Valenciana
Sistema de Información sobre Cáncer de la Comunitat Valenciana
Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

Por grupos y subgrupos tumorales la peor supervivencia la tienen los tumores óseos, los embrionarios intracraneales y gliomas. Por el contrario los linfomas, carcinomas tiroideos, tumor de Wilms y los de células germinales y gonadales presentan supervivencias altas a los 5 años del diagnóstico.

En líneas generales, el perfil de afectación de los tumores infantiles y en adolescentes sigue un patrón similar al observado en otros registros europeos.

2.2.5. SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA

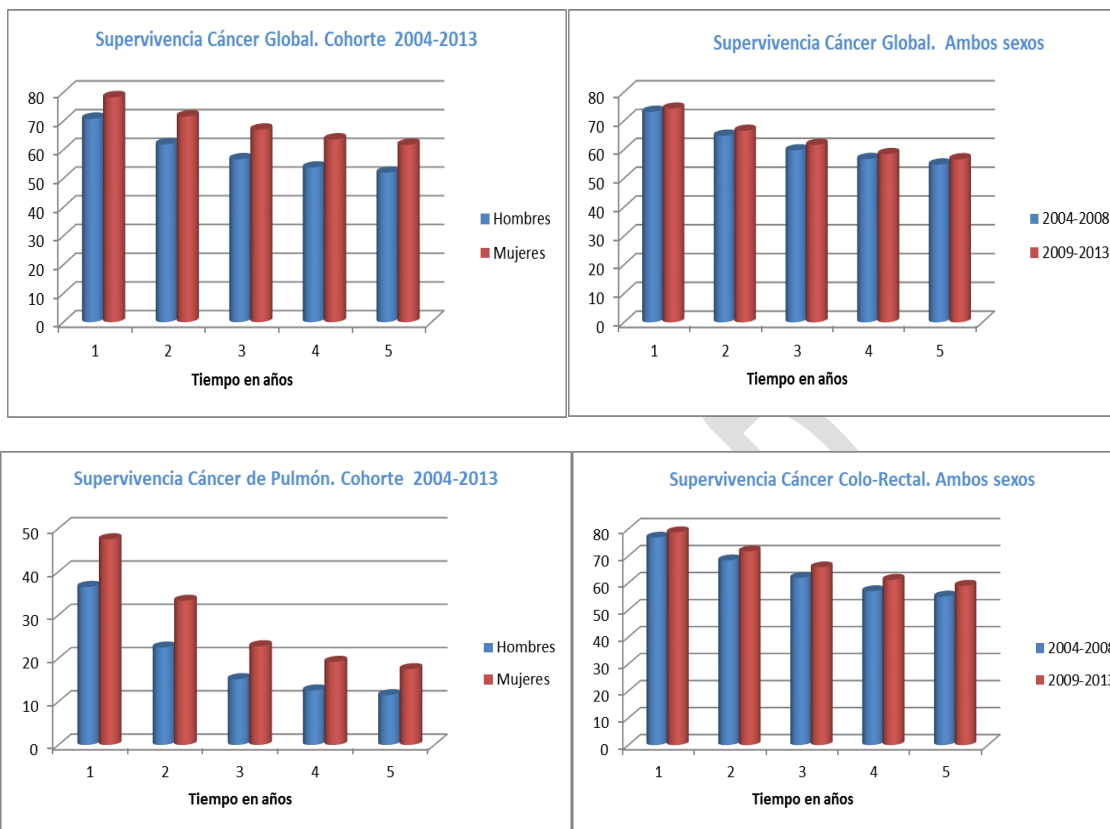
La supervivencia relativa del cáncer a los 5 años, considerado globalmente, es 52% en hombres y 61,7% en mujeres. En los principales grupos tumorales, la supervivencia es la siguiente: cáncer colorectal en hombres 57,7%, en mujeres 56,2%, cáncer pulmonar en hombres 11,5%, en mujeres 17,5%, cáncer de mama femenino 86,8%, cáncer de próstata 87,5%, cáncer de cérvix 72,5%. Al comparar la supervivencia relativa entre hombres y mujeres, se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo global y en cáncer pulmonar, no apareciendo valores significativos para cáncer colo-rectal.

La hipótesis para la diferencia significativa hallada en el grupo global, sería que la distribución de tipos y frecuencias de cánceres entre hombres y mujeres es diferente, habiendo mayor proporción de canceres con alta letalidad en los hombres, como ocurre en el cáncer de pulmón, que es 7 veces más frecuente en éstos. En el cáncer pulmonar la diferencia de supervivencia encontrada podría ser debida a hábitos y a la distinta exposición a otros factores de riesgo.

Al comparar la supervivencia entre las cohortes diagnosticadas en 2004-2008 y 2009-2013, observamos valores, para el grupo global y el cáncer colo-rectal, que tienden a indicar una mejora en el tiempo, si bien se necesitaría cohortes más numerosas o mayor distanciamiento en el tiempo para confirmar esta tendencia. Los datos, en cáncer de pulmón, mama, próstata y cérvix, no son estadísticamente significativos ni presentan tendencias apreciables.

La hipótesis más probable que explicaría la tendencia evolutiva favorable de la supervivencia en el grupo global y el cáncer colorrectal está ligada a una mayor eficacia de tratamiento. El impacto del cribado debe ser valorado. La modificación de hábitos sería también un parámetro a considerar.

La supervivencia relativa muestra diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes estadios, tanto en hombres como en mujeres, salvo el caso de los estadios I y II, en hombres, en el que no se evidencia diferencia significativa.

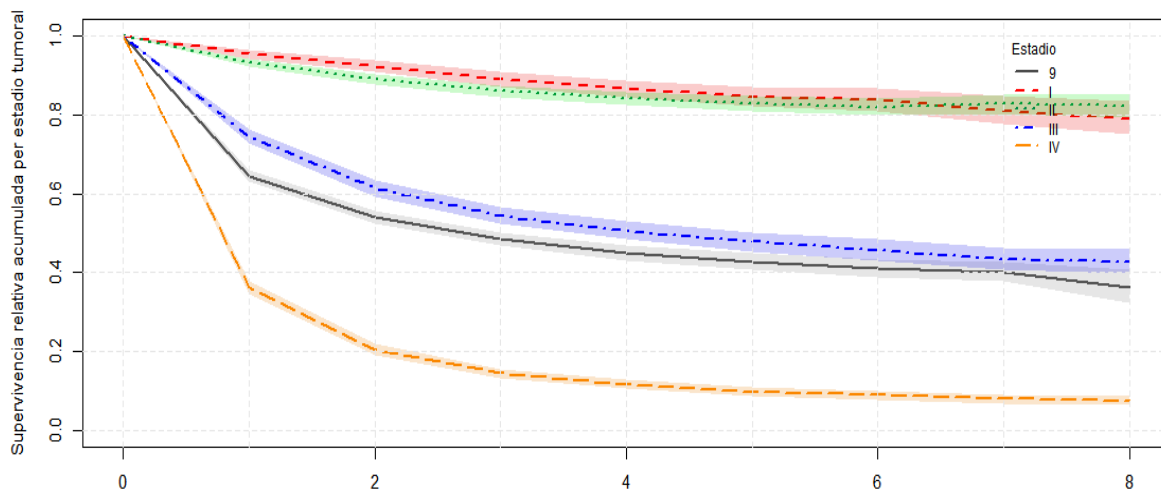


Grupo Tumoral	Supervivencia Relativa a 5 años de los pacientes diagnosticados en el periodo 2004-2013 en Castellón			Supervivencia Relativa a 5 años de los pacientes diagnosticados en el periodo 2004-2008 en Castellón			Supervivencia Relativa a 5 años de los pacientes diagnosticados en el periodo 2009-2013 en Castellón		
	N	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	N	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%	N	Supervivencia Relativa	I.de C. al 95%
Total Hombres	14954	52	(50,9;53)	7203	51,1	(49,7;52,6)	7751	52,7	(51,3;54,1)
Totales Mujeres	9542	61,7	(60,4;63)	4525	60,7	(58,8;62,6)	5017	62,7	(61;64,4)
Colo Recto Hombres	2382	57,7	(55,2;60,4)	1091	56,2	(52,5;60,1)	1291	59	(55,5;62,7)
Colo Recto Mujeres	1675	56,2	(52,7;59,9)	830	53,4	(48;59,3)	845	59,1	(55,1;63,4)
Pulmón Hombres	2495	11,5	(10,2;13)	1306	11,5	(9,7;13,5)	1189	11,4	(9,5;13,7)
Pulmón Mujeres	360	17,5	(13,7;22,3)	159	14,2	(9,6;21,1)	201	20,2	(15;27,2)
Mama Mujeres	2807	86,8	(84,9;88,9)	1308	85,8	(82,9;88,7)	1499	87,8	(85,1;90,6)
Cuello Uterino	222	72,5	(66,3;79,3)	116	73,8	(65,7;83)	106	71,3	(62,2;81,7)
Próstata	3356	87,5	(85,6;89,6)	1647	87,8	(85;90,7)	1709	87,5	(84,8;90,3)

Sistema de Información sobre Cáncer de la Comunitat Valenciana
Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

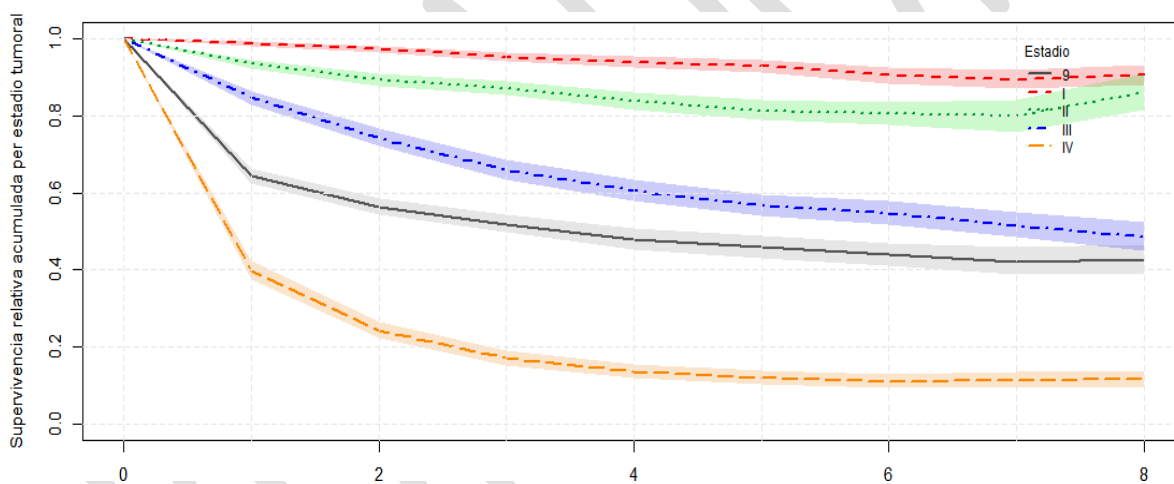
Supervivencia relativa por estadios. Cáncer en todos los grupos tumorales.

Hombres



Supervivencia relativa por estadios. Cáncer en todos los grupos tumorales.

Mujeres



Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer de la Comunitat Valenciana

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

3.- METODOLOGÍA

El cáncer es uno de los principales problemas de salud de la población, debe ser abordado desde los servicios sanitarios en todas sus vertientes, desde la prevención primaria, secundaria, la asistencia sanitaria y los cuidados paliativos, pero también debe ser considerado el abordaje en un contexto global, bajo el principio de “salud en todas las políticas”.

3.1.-CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA:

Esta estrategia se ha elaborado partiendo de la situación epidemiológica, y basado en la evidencia científica tras la revisión de la bibliografía, y enmarcándola en el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2016-2020, la estrategia del cáncer del SNS, y las recomendaciones para la elaboración de planes y estrategias de cáncer de la Unión europea y de la OMS. También se ha tenido en cuenta las experiencias y buenas prácticas llevadas a cabo por la aplicación de los diferentes planes oncológicos en la Comunitat Valenciana en las últimas décadas.

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública ha promovido la participación de las instituciones y entidades involucradas en la prevención y mejora de la atención al cáncer y ha contado para su elaboración con las aportaciones de profesionales y agentes clave implicados en las diferentes líneas de trabajo de la estrategia.

La elaboración y coordinación de esta estrategia se ha realizado desde la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención de la Dirección General de Salud Pública (DGSP), a través del Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Sanitario, en estrecha colaboración con los servicios involucrados en la atención al cáncer de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y con la colaboración de todas las Direcciones Generales de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Para cada línea de actuación se han determinado los nuevos objetivos y acciones que impliquen innovaciones o mejoras respecto a las líneas que actualmente se están desarrollando en esta materia en la Comunitat Valenciana.

La evaluación de la estrategia del cáncer de la Comunitat Valenciana se contextualiza en el *IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana*. Los criterios e indicadores de evaluación serán los marcados en relación con el cáncer en dicho Plan de Salud. Se han añadido indicadores de

proceso que permitan analizar el cumplimiento de los objetivos y acciones de este plan. En la medida de lo posible estos indicadores se desagregarán por grupos de edad y sexo y variables socioeconómicas siempre que la fuente lo permita.

3.2.- PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

La estrategia del cáncer tiene en consideración los siguientes principios:

1. Universalidad, equidad, integralidad, calidad, eficiencia y sostenibilidad de las actuaciones.
2. Participación de las administraciones públicas, de los estamentos científicos, sociales y profesionales implicados.
3. Perspectiva multidisciplinar, esto es facilitando la integración de todas las áreas del conocimiento que pueden aportar valor intrínseco o añadido a las actuaciones.
4. Actuación según la evidencia científica en estrategias, consejos e intervenciones buscando la eficiencia, eficacia y efectividad de las mismas.
5. Potenciando las acciones de promoción de la salud considerando de todas las políticas.
6. Priorizando las acciones dirigidas a los grupos en situación de vulnerabilidad social y económica.
7. Perspectiva de género. Dirigido a las personas, intentando no reproducir la atribución de roles a hombres y mujeres sobre todo en relación con la actividad doméstica familiar.
8. Empoderamiento de las ciudadanas y ciudadanos.
9. Utilización de nuevas tecnologías y potenciación de Salud 2.0.

3.3.- LÍNEAS DE ACTUACIÓN

- Promoción de la salud y prevención primaria
- Prevención secundaria.
- Asistencia sanitaria: población adulta, infancia y adolescencia

- Cuidados al final de la vida
- Formación
- Investigación
- Sistemas de información

3.4-COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO

Para la elaboración de esta estrategia, se han constituido los siguientes grupos de trabajo

- **Comisión técnica de la estrategia** (formado por los responsables de las distintas líneas de actuación frente al cáncer en la administración sanitaria)[ver anexo]
- **Comisión de participación** (compuesta por los profesionales de todos los ámbitos de la atención al cáncer a través de las sociedades científicas y también de las asociaciones de pacientes y familiares y de la sociedad civil) [ver anexo]

3.5.- ELABORACIÓN DE ANÁLISIS DAFO DE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRINCIPALES

Como fase previa a la determinación de los objetivos y acciones se ha realizado por personas expertas en las distintas líneas estratégicas un análisis DAFO.

Esta técnica permite clasificar las limitaciones (Debilidades y Amenazas) y las potencialidades (Fortalezas y Oportunidades) de la organización y definir estrategias de futuro operativas a través del análisis de la situación actual. Se clasifican estas cualidades por procedencia de origen interno (Fortalezas y Debilidades) o de origen externo (Oportunidades y Amenazas), así que permite reflexionar e identificar aspectos de la organización de se deben modificar porque son mejorables, prevenir por ser un riesgo, mantener o reforzar porque son un logro y analizar todas las capacidades y recursos que permitan ofrecer una prestación de calidad y excelencia en esta cuestión tan relevante para la salud pública como es el impacto del cáncer.

Línea estratégica: Sistema de Información de Cáncer

	PUNTOS FUERTES	DEBILIDADES
DE ORIGEN INTERNO	• Aplicación VENT-NEOS es un instrumento para la vigilancia, consolidado, en continua mejora y actualización. Permite la gestión de la calidad del sistema y análisis del estado de salud • La aplicación VENT-NEOS incorpora anualmente 26000 nuevos tumores primarios. • VENT_NEOS Permite informar por hospital, departamento y Comunidad Valenciana. • VENT-NEOS permite obtener informes información relevante presentada de forma muy resumida y grafica como “Cáncer en cifras” o “Informes combinados de mortalidad e incidencia por grupos de tumores”. Informes anuales por hospitales. Estas cuestiones facilitan la difusión de los datos. FORTALEZAS	• Dificultad de consolidar equipos de profesionales estables con formación específica. • No existen plazas de perfil de documentalistas de grado superior. • Web de la DGSP con dificultad de acceso y de búsqueda de información. • Inversión de mucho tiempo en la obtención de datos desde las fuentes, depende de otros sistemas: CMBD, PATWIN) • Escasa utilización de la información suministrada por parte de los profesionales y los gestores sanitarios. • Gran esfuerzo para la confirmación de casos por la dificultad del acceso a la información • El <i>decalaje</i> con el que se ofrece información aunque necesario para el procedimiento de trabajo y adecuado para la vigilancia poblacional es .valorado como inadecuado por los sanitarios. • Dificultad de dar respuesta a diferentes colectivos con necesidades diversas. DEBILIDADES

DE ORIGEN EXTERNO	O PORTUNIDADES • Integración de ORION CLINIC en VENT -NEOS • Integración de ALUMBRA en VENT: -NEOS • Integración con KARBIS • Integración con SIGMA • Integración con SISVEL • Marco legal para las subcomisiones de tumores en los hospitales a través de ORION o de VENT-NEOS • Posibilidad de explotación de la información contenida en los protocolos corporativos de APA en los laboratorios	A MENAZAS • Contrataciones externas de informática y de revisión de información sobre casos. • Dificultad para difundir a los profesionales implicados los datos necesarios adecuándose a las necesidades de información requeridas por los decisores. • Inestabilidad en las plantillas debida a los concursos pendientes de oposición o traslado. • Los profesionales de salud pública especialistas optan a plazas hospitalarias mejor pagadas.
-------------------	---	--

Línea estratégica: Prevención Primaria

	PUNTOS FUERTES	DEBILIDADES
DE ORIGEN INTERNO	• Elaboración de las estrategias de acción de: - Prevención y atención al tabaquismo - Promoción de alimentación saludable y actividad física • Posibilidad de desarrollo de legislación sobre escenarios (zonas sin humo, oferta alimentaria en comedores, etc...) • Acción coordinada para los organismos dependientes de la administración: diferentes Consellerias, y con la administración local (XarxaSalut). • Existencia de red de promoción y prevención en todo el ámbito de la Comunitat (prescripción actividad física; tabaquismo) • Valoración positiva por parte de la población en materia de medioambiental • Disponibilidad de los sistemas de información sanitarios y accesibilidad a sistemas de información en materia medioambiental. FORTALEZAS	• Formación limitada de los profesionales en uso de estrategias: consejo de salud en atención primaria • Recursos limitados: tiempo limitado en asistencia primaria • Actividad promoción y preventiva poco valorada en EAP: inclusión en acuerdos de gestión, sostenibilidad en el tiempo, • Tiempos de actuación de la administración prolongados • Falta de recursos de profesionales especializados en cáncer ambiental.. • Falta de integración de los sistemas de información medioambientales con los sanitarios. DEBILIDADES

DE ORIGEN EXTERNO	O PORTUNIDADES	A MENAZAS
	• Concienciación población sobre la actividad física • Trabajo <u>multisectorial</u>: las actuaciones pueden/deben dinamizarse desde todas las políticas • Acciones avaladas por estructuras de salud diferentes: Directrices internacionales, estrategias nacionales, decisiones del Consejo Interterritorial. • Aumentar la visibilidad de las actuaciones de sanidad ambiental. • Avanzar en el conocimiento de los riesgos de origen ambiental en la CV • Fomentar la colaboración con organismos y entidades en materia medioambiental • Mejoras en la comunicación con la población a través de RRSS, etc.	• Lobbies: Industria del tabaco, industrias alimentarias • Sentimiento de menoscabo de la libertad individual • Incoherencia de intereses salud vs industria tabaquera • Presión publicitaria directa e indirecta consumista • Creencias infundadas por parte de la población en materia medioambiental • Dificultad de colaboración con otros organismos y entidades en materia medioambiental • Actualización de conocimientos (profesionales implicados). • Integración intra e interinstitucional con otras áreas de conocimiento en relación a los determinantes de salud.

Línea estratégica: Prevención Secundaria

	PUNTOS FUERTES	PUNTOS DÉBILES
DE ORIGEN INTERNO	• Valoración positiva de los profesionales • Sistemas de información potentes en los que se apoya la evaluación del cribado de cáncer (c.c. mama y colon) • Procesos y subproceso bien definidos FORTALEZAS	• Transición a la digitalización en modo de cambio (c.c. mama) • Falta de recursos de profesionales (especialmente en c.c. colon) • Falta de integración con algunos sistemas de información corporativos • Insuficiente difusión de la oferta de servicios y de los logros en los medios de comunicación de masa. DEBILIDADES
DE ORIGEN EXTERNO	OPORTUNIDADES • Mejoras en los procedimientos técnicos-diagnósticos • Mejoras del conocimiento hacia la personalización del riesgo • Valoración positiva de los cribados de cáncer en la población • Evidencia Científica	AMENAZAS • Creencias incorrectas y prácticas inadecuadas en cribado (población y profesionales) • Financiación insuficiente • Pendiente de estudios genéticos • Ensayos de otras técnicas de cribado

Línea estratégica: ASISTENCIA SANITARIA

	PUNTOS FUERTES	PUNTOS DÉBILES
DE ORIGEN INTERNO	- Recursos humanos y estructurales de asistencia oncológica en todos los departamentos - Circuitos rápidos ante sospecha fundada de cáncer (check list) - Unidades de referencia designadas (oncología de adultos, pediátrica y consejo genético) - Marco para creación de redes asistenciales - Procesos y subproceso definidos (mama, colon, melanoma, próstata y pulmón) - Elaboración del Plan de Genética FORTALEZAS	- Plazos de respuesta en confirmación diagnóstica - Coordinación que asegure la atención adecuada a tumores raros y las cirugías poco frecuentes de alta complejidad - Falta de recursos de profesionales (especialmente en confirmación diagnóstica) - Transición de los pacientes a seguimiento compartido y a cuidados paliativos - Sistemas de información que identifiquen proceso asistencial (plazos, plan terapéutico...) - Integración entre sistemas de información corporativos DEBILIDADES
DE ORIGEN EXTERNO	OPORTUNIDADES - Mejoras en los procedimientos y en la personalización del diagnóstico y tratamiento - Participación en la red de CSUR del SNS - Valoración positiva de la atención oncológica en la población	AMENAZAS - Coordinación con medios ajenos al sistema sanitario público - Financiación insuficiente

3.6.- CONCLUSIONES DE LA COMISIÓN DE PARTICIPACIÓN

Se ha realizado una consulta del contenido de los objetivos y acciones a las Asociaciones de Enfermos de Cáncer y familiares y a las Sociedades Científicas y Profesionales para su valoración y propuestas de mejora de la Estrategia de Cáncer de la Comunitat Valenciana y como conclusión de estas consultas:

EN PROCESO

4. OBJETIVOS GENERALES

El **IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana** establece objetivos generales para los próximos años. Resaltamos los más relacionados con la Estrategia de Cáncer de la Comunitat Valenciana:

- **Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes:**
 - 1.1.-Reorientar las funciones de los diferentes niveles y ámbitos asistenciales, para adecuar los servicios sanitarios a las necesidades de salud de la población.
 - 1.2. Aumentar la calidad del sistema sanitario público
 - 1.3.-Maximizar la búsqueda de la efectividad para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, orientando las decisiones hacia la obtención de resultados en salud
 - 1.4. Poner la información al servicio de la mejora de la salud
 - 1.5. Considerar a los y las profesionales como valor esencial del sistema
- **Línea 2. Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud:**
 - 2.1. Actuar sobre los factores de riesgo comunes a las principales enfermedades crónicas
 - 2.3. Ofrecer un modelo integral y personalizado de atención al cáncer
 - 2.8. Garantizar la atención de pacientes crónicos complejos y paliativos que incluya a las personas cuidadores
 - 2.9.-Realizar programas de cribado (prevención secundaria o detección precoz de los problemas de salud) avalados por la evidencia científica.
- **Línea 3. Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación:**
 - 3.1. Vigilar los determinantes sociales de la salud
 - 3.2. Actuar para reducir las desigualdades en los resultados de salud
 - 3.4. Impulsar el principio de salud en todas las políticas
 - 3.5. Garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario

- 3.6. Promover el acercamiento a la ciudadanía: participación y empoderamiento de la población
- **Línea 4. Cuidar la salud en todas las etapas de la vida**
 - 4.1. Prestar especial atención a la Salud Infantil
 - 4.2. Promover la Salud en la Adolescencia y Juventud
- **Línea 5. Promover la salud en todos los entornos de la vida**
 - 5.2. Fomentar la Actividad Física
 - 5.3. Garantizar y promover una Alimentación Saludable
 - 5.5. Apostar por un Entorno Medioambiental favorecedor de la salud
 - 5.6. Impulsar un Entorno Laboral saludable
 - 5.7. Apoyar los Activos para la Salud propios de la Comunitat Valenciana

5.-LINEAS DE ACTUACIÓN, OBJETIVOS Y ACCIONES

5.1.- PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

La Unión Europea, en 1985 inició el programa "Europa contra el cáncer" como medida significativa para frenar el impacto del cáncer en la salud pública.

Esta iniciativa de más de tres décadas ha ido intensificando acciones que han derivado en la creación de asociaciones, programas, planes, publicaciones, guías, y eventos de gran valor en la promoción de la salud, prevención, tratamiento, formación e investigación del cáncer en los países de la Unión Europea.

En el marco de la promoción de la salud y la prevención del cáncer, en 1987 se realiza el primer código europeo contra el cáncer, realizando recomendaciones para disminuir el riesgo de cáncer en la población y mejorar en general su salud.

La Comunitat Valenciana ha sido una comunidad sensible a este problema de salud y desde los primeros planes de lucha contra el cáncer se ha formado a los profesionales y difundido en la población las recomendaciones del código europeo en vigor.

Actualmente, se dispone del cuarto Código Europeo contra el Cáncer, iniciativa de la Comisión Europea para informar a los ciudadanos sobre lo que pueden hacer por ellos o por su familia para reducir el riesgo de cáncer.

Dentro de las recomendaciones siempre se han incluido medidas relacionadas con dejar de fumar, actividades saludables, como una alimentación rica en verduras y frutas, realizar actividad física, tener un buen control del peso, disminuir la exposición excesiva solar, protección de la salud y seguridad laboral, participar en programas organizados de cribado del cáncer colorrectal, de mama y cervicouterino...

El nuevo código refuerza con intensidad las acciones contra el consumo del tabaco. Recomendamos añadir en la alimentación una gran cantidad de cereales integrales, legumbres, y evitar las bebidas azucaradas y la carne procesada.

Respecto a la exposición excesiva al sol, recomienda especialmente la protección en niños/as y no usar cabinas de rayos UVA.

Se incorpora la recomendación para reducir la exposición a la radiación procedente de altos niveles naturales de radón y en las mujeres se recomienda la lactancia materna y limitar la terapia hormonal sustitutiva e incorpora la recomendación de que los padres y madres se aseguren de que sus hijos participan en programas de vacunación contra la hepatitis B en recién nacidos y el virus del papiloma humano en las niñas.

Por ello, el reto de la actual estrategia es específicamente intensificar la difusión de este nuevo código entre los profesionales sanitarios y la población, así como incorporar objetivos y acciones propias relacionadas con estas recomendaciones en la lucha contra el cáncer y, por este motivo se plantean los siguientes objetivos:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
1.- Difusión del código Europeo Contra el Cáncer	1.1.- Elaborar diferentes materiales dirigidos a la población y a los profesionales
	1.2.- Campañas de difusión en los medios de comunicación
	1.3.- Incorporar las recomendaciones del código europeo contra el cáncer en las actividades formativas de la EVES relacionadas con la prevención primaria del cáncer

5.1.1. ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, TABACO Y ALCOHOL

El cáncer es una enfermedad multifactorial debida al efecto combinado de factores genéticos y ambientales, entre otros, que actúan simultánea y secuencialmente en su génesis. En la medida que factores como ciertos alimentos o bebidas, el patrón alimentario, la práctica de actividad física o el sedentarismo y la evitación del tabaco y del alcohol han sido asociados a la aparición de diferentes localizaciones y tipos de cáncer podemos afirmar que ésta es una enfermedad prevenible. Su relevancia es tal que la iniciativa de la Comisión Europea para aconsejar a los ciudadanos sobre lo que pueden hacer para reducir el riesgo de cáncer que constituyen 6 de los 12 propuestas que componen el Código Europeo contra el Cáncer (CECC).

Los datos existentes referidos a los temas expresados en este epígrafe han sido en su mayoría obtenidos a través de la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana realizada en 2016, herramienta de medición de la salud percibida y sus determinantes en la población no institucionalizada que por su periodicidad supone un buen instrumento de seguimiento de los problemas estudiados.

Existe evidencia de que las ventajas de consumir frutas y verduras, legumbres, frutos de cáscara y semillas aumentan con la cantidad consumida. La recomendación de la CECC se hace en términos de consumir gran cantidad de vegetales. En la Comunitat Valenciana la población consumidora de fruta diaria ha aumentado en los últimos años, alcanzando en 2016 una prevalencia del 63,7% y del 72,1%, respectivamente, para las personas menores de 15 años o

de 15 y más años. Si bien esta es un dato positivo, hemos de llamar la atención sobre la diferente distribución observada según su nivel socioeconómico, de tal forma que a mayor nivel encontramos mayores frecuencias de consumo.

Además se ha estimado un incremento en la cantidad de consumo de frutas y verduras respecto a 2010. En 2016, alrededor del 57% de la población adulta consume dos o más frutas al día y un 32,6% consumen dos o más raciones de verdura.

Entre la población menor de 15 años cabe destacar que un 68,7% no consume diariamente verduras ni hortalizas; un 35,5% no consume fruta diariamente y un 8,5% no consume legumbres semanalmente.

Se ha estimado que quienes respetan las recomendaciones (CECC) en cuanto a estilo de vida y peso corporal para la prevención del cáncer tienen un 18% menos de riesgo de padecer esta patología. Las circunstancias calculadas para ello son: tener un peso corporal normal y evitar los alimentos que favorecen el aumento de peso, como las bebidas azucaradas y la comida rápida; practicar una actividad moderada durante, al menos, 30 minutos diarios; consumir preferentemente alimentos de origen vegetal; limitar el consumo de carne roja; evitar la carne procesada y limitar el consumo de bebidas alcohólicas.

Un 46,5% de la población adulta (18 y más años) está dentro de los límites de normalidad ponderal siendo este porcentaje mayor en las mujeres (54,5%) que entre los hombres (38,1%). La obesidad afecta al 15,8% de las personas adultas de la Comunitat, observándose mayor frecuencia entre los hombres (16,7%) que entre las mujeres (14,9%). La obesidad presenta un gradiente edad de tal forma que conforme aumenta el grupo de edad considerado aumenta la proporción de personas afectadas por ella. Las desigualdades tienen un claro impacto en la obesidad en ambos sexos si bien el efecto observado es de mayor impacto entre las mujeres.

En los niños de 2 a 17 años, un 12,5% presenta obesidad y entre las niñas las cifras de prevalencia de obesidad se sitúa en un 9,3%, presentando una estabilización de los resultados con respecto a los datos anteriores de 2010. En la población infanto-juvenil se ha estimado que un 75,1% está dentro de los límites de un peso normal o bajo para su edad, siendo este porcentaje mayor en niñas (79,3%) que en niños (71,2%). Tanto en la población adulta como infanto-juvenil las prevalencias de normopeso aumentaron conforme lo hizo el nivel educativo y social de la población.

En la población infanto-juvenil un 10% de personas manifestaron tener un consumo diario de bebidas azucaradas, observándose en la distribución un gradiente social inverso, es decir, una mayor proporción de población consumidora conforme el nivel socioeconómico es más bajo. Cabe destacar la gran prevalencia de población menor de 15 años que consume semanalmente varias bebidas azucaradas (34,5%).

Está demostrado que se puede reducir el riesgo de cáncer mediante comportamientos alimentarios y también de *actividad física saludable*. Las ventajas de la actividad física referidas al cáncer guardan relación directa tanto con la cantidad total de actividad (tiempo y frecuencia con qué se realiza) como con su intensidad.

En cuanto al sedentarismo se ha observado en comparación con los datos de 2010, un relativo descenso de personas adultas que declaraban no realizar nada de actividad física en su tiempo

libre. En 2016 un 30,2% de la población fue clasificada como sedentaria, estimándose una mayor prevalencia entre las mujeres (35%) que entre los hombres (25,1%). En las mujeres se observa un importante gradiente con el nivel socioeconómico, la proporción de mujeres sedentarias aumenta conforme disminuye el nivel socioeconómico, multiplicándose por 2,5. En el lado opuesto, la prevalencia práctica de actividad física durante varias veces a la semana entre la población adulta fue del 26,2%, 30,2% en hombres y 22,4% en mujeres, mostrando un importante gradiente conforme aumentaba la edad considerada. La mayor diferencia por sexo (casi 20 puntos porcentuales) se observó, en el grupo de 15 a 24 años de edad, 54,3% entre los hombres vs. 35,4% en las mujeres. Entre las mujeres existe un marcado gradiente directo de práctica de actividad física, de tal forma que la proporción aumenta conforme lo hace el grupo de clase social considerado.

El tabaco es la principal causa de enfermedades y muertes evitables en el mundo y, específicamente, de cáncer. El consumo de tabaco, prevalencia de personas fumadoras (habituales y ocasionales), en la Comunitat Valenciana ha disminuido siendo del 22,2%. En comparación con las anteriores encuestas se observa que esta disminución ha sido mayor en hombres que en mujeres siendo la diferencia existente entre sexos la menor de las estimadas hasta la fecha (23,9% vs. 20,3%). La prevalencia de personas que fuman entre los 15 y 24 años es del 10% y en este grupo de edad se observa mayor frecuencia entre las mujeres que entre los hombres. El consumo de tabaco presenta un gradiente social en ambos sexos.

Todo consumo de alcohol aumenta el riesgo de cáncer. El 57,2% de la población adulta de la Comunitat manifestó haber consumido bebidas alcohólicas durante el año anterior a la encuesta de salud (2016), siendo un 9,7% de las personas mayores de 14 años las que indicaron tener un consumo diario.

La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en el mes previo a la entrevista, para la edad de 14 a 18 años en los estudiantes de la Comunitat Valenciana fue del 75,2% (ESTUDES 2016). La prevalencia de consumo entre las mujeres fue mayor que la estimada para los hombres.

Tras este análisis de la situación en la nueva Estrategia contra el cáncer de la Comunitat Valenciana se plantea los siguientes objetivos y acciones:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
2.- Aumentar en un 7% la población adulta consumidora de 5 frutas/verduras al día	2.1 Estrategia de alimentación y actividad física
2.1 Aumento en un 5% la población adulta consumidora de 2 o más frutas/día	2.2 Plan de frutas y verduras en los centros educativos
2.2 Aumentar en un 5% la población adulta consumidora de 2 o más verduras/día	2.3 Plan de seguimiento de los comedores escolares de la Comunitat
	2.4 Decreto de fomento de la oferta alimentaria en la administración pública
	2.5 Campañas para la disminución del consumo de refrescos azucarados.
3.- Reducir en un 10% la población adulta que	3.1 Estrategia de alimentación y actividad

no realiza actividad física en su tiempo libre (30 min/día)	física
	3.2 Fomento de la prescripción de actividad física desde los centros de salud
	3.3 Desarrollo de programas municipales de promoción de actividad física a través de XarxaSalut
4.- Invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de obesidad en la población valenciana	4.1 Plan de seguimiento de los comedores escolares de la Comunitat
4.1.- Detener el aumento de la prevalencia de obesidad infanto-juvenil	4.2 Plan de frutas y verduras en los centros educativos
4.2.- Reducir un 2% la prevalencia de obesidad en la población adulta	4.3 Desarrollo del programa de transporte activo y seguro a la escuela
	4.4 Establecimientos de ambientes facilitadores para la práctica de actividad física en los municipios, centros laborales y otros...
	4.5 Prescripción de la actividad física desde los Centros de Salud
	4.6 Establecimiento del consejo dietético
5.- Reducir a menos del 20% de la prevalencia de consumo de tabaco (habitual + esporádico) en la población adulta valenciana	5.1. Establecimiento de una estrategia de prevención y control del tabaquismo
6.- Reducción de 10% de los consumidores jóvenes (14-18 años) de alcohol en los últimos 30 días	6.1 Establecimiento de programas de prevención de adicciones en la escuela
	6.2 Campañas de concienciación sobre los perjuicios del consumo de alcohol.
	6.2 Incentivación del consumo de versiones de bebidas sin alcohol

5.1.2.-SALUD AMBIENTAL

La relación entre ciertos cánceres y la exposición a sustancias o a situaciones de riesgo presentes en nuestro ambiente son cada vez objeto de un mayor número de estudios. Ciertas relaciones están probadas, otras se encuentran en investigación, mientras que algunas son percibidas sin que exista evidencia científica al respecto.

Entre los distintos contaminantes que pueden estar presentes en el agua de consumo humano, algunos son sustancias cancerígenas reconocidas, como el arsénico inorgánico, y sobre algunas como los subproductos de la desinfección o los nitratos, se sospecha su papel cancerígeno. En este sentido, desde la DG de Salud Pública, a través del *Programa de Vigilancia Sanitaria del Agua de Consumo Humano* se obtiene información periódica de la calidad del agua y gracias a la aplicación que se está desarrollando al efecto (SISAM), se hace posible la identificación y seguimiento de los

sistemas de abastecimiento en los que se haya determinado la presencia de algún parámetro cancerígeno o con posibilidad de serlo.

A través del *Programa de Prevención y Atención a los Efectos en Salud derivados de las Temperaturas Extremas en la Comunitat Valenciana*, se ha reforzado el traslado de información a la población sobre la importancia de protección solar, especialmente durante los días previstos por el sistema de vigilancia meteorológico como de mayor riesgo, en los que se tensan las actuaciones preventivas. Con relación a otras acciones definidas en el anterior plan oncológico, desde Sanidad Ambiental, de la DG de Salud Pública, se han elaborado protocolos para dar respuesta a solicitudes de información sobre los efectos en salud derivados de la exposición a campos electromagnéticos procedentes de líneas de alta tensión, antenas de telefonía móvil y sistemas *wifi*. También se ha proporcionado formación a profesionales sanitarios sobre factores ambientales de cáncer, a través de cursos incluidos en el plan de formación de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.

Entre las actuaciones en la materia puestas en marcha durante los últimos años, cabe igualmente destacar el desarrollo de la metodología y la posterior elaboración de los informes de sanidad ambiental, previos a la apertura de hornos crematorios, para los cuales se tiene en consideración las emisiones de este tipo de instalaciones a la atmósfera, incluyendo aquellas con potencial cancerígeno, para en caso necesario fijar medidas preventivas y/o correctoras, entre las que se encuentra el cumplimiento de una distancia de seguridad a espacios sensibles.

Las evidencias e inquietudes más recientes son las que han hecho que los objetivos contemplados en la presente estrategia se dirijan a mejorar el conocimiento sobre la exposición a radón y a fortalecer la vigilancia sanitaria de la contaminación atmosférica.

El radón es un gas radioactivo natural, presente en las regiones graníticas y volcánicas. Cuando se infiltra en un espacio cerrado (casa, sótano...), puede acumularse a concentraciones elevadas susceptibles de suponer un riesgo para la salud. Desde 1998, el radón y sus productos de desintegración están clasificados como cancerígenos por la IARC (Grupo 1). Se considera que entre el 6 y el 15% de los nuevos cánceres de pulmón se atribuyen a una exposición al radón; la interacción entre el radón y el tabaco multiplica por 3 el riesgo de padecer este tipo de cáncer. De manera reciente, el Código Europeo contra el Cáncer ha incorporado la importancia de conocer si se está expuesto a la radiación procedente de altos niveles naturales de radón en los domicilios, para en su caso, implementar medidas para reducirlos, por lo que resulta de interés ampliar el conocimiento sobre la potencial exposición a radón en la población valenciana.

Desde la redacción del anterior plan oncológico, la contaminación atmosférica, así como la exposición a partículas presentes en el aire exterior, han sido reconocidas

como cancerígenas para los humanos (grupo 1) en base a las evidencias disponibles. Además, cabe tomar en consideración que ciertos compuestos que pueden estar presentes en el aire exterior, como el benceno, formaldehído o algunos Hidrocarburos Aromáticos Policíclicos (HAP) se incluyen igualmente en el grupo 1 de la IARC (cancerígenos para humanos). A pesar de que en Europa las emisiones de muchos contaminantes atmosféricos se han reducido notablemente durante las últimas décadas, con la consiguiente mejora de la calidad del aire en toda la región, persisten problemas en este ámbito. Con relación a su papel cancerígeno, la IARC indicó en 2012, que 2 años antes, 223 000 muertes por cáncer de pulmón a nivel mundial se derivaron de la contaminación atmosférica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
7.- Mejorar el conocimiento sobre el riesgo, la exposición a radón y su impacto sanitario en la Comunitat Valenciana	7.1.- Establecer un plan de determinaciones de radón, que incluya edificios públicos con población sensible 7.2.- Georreferenciar las zonas con mayores concentraciones de radón. 7.3.- Difusión de información a los profesionales sanitarios y a la población general.. 7.4.- Difusión de información a los profesionales sanitarios y a la población general.
8.- Fortalecer la vigilancia sanitaria de la contaminación atmosférica	8.1.- Constituir una Comisión con participación de los distintos actores implicados en la vigilancia y control de la calidad del aire y la administración sanitaria. 8.2.- Desarrollar y dar traslado de recomendaciones sanitarias ante episodios de contaminación atmosférica. 8.3.- Disponer de indicadores sanitarios en materia de calidad del aire. 8.4.- Georreferenciar las industrias con emisión de cancerígenos o posibles cancerígenos.

5.1.3.- SALUD LABORAL Y SEGURIDAD QUÍMICA

La prevención del cáncer tiene un amplio margen de mejora en el entorno laboral. A pesar de ser conocida la existencia y uso de cancerígenos en determinados puestos de trabajo, sobre todo productos químicos y radiaciones, de existir normativa española y europea que exige evitar la exposición a ellos, y de en definitiva ser prevenibles, en la práctica, muchas empresas

y las personas que trabajan en ellas desconocen ese riesgo, lo que dificulta la prevención, favorece la exposición y hace casi imposible que el daño sea reconocido como de origen profesional. En los países industrializados, el trabajo está ligado causalmente al 2-8 % de los cánceres, pero entre los trabajadores expuestos esta cifra es más elevada (Boffetta, P.; OIT 2001), en cambio las estadísticas oficiales solo registran cada año algunos de estos casos como enfermedad profesional, impidiendo así los derechos que les corresponden a las personas que los sufren (preventivos, económicos, etc.) y bloqueando la necesidad de mejorar la prevención en este ámbito.

Mejorar y difundir la información sobre los principales cancerígenos laborales utilizados en nuestro entorno, aumentar la conciencia sobre los riesgos derivados de la exposición a carcinógenos en el lugar de trabajo y promover la declaración de los daños como enfermedades profesionales o accidentes de trabajo puede contribuir a su prevención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
9.-Reducir la exposición a cancerígenos laborales	9.1.-Elaboración y difusión de la relación de posibles agentes cancerígenos por exposición laboral u ocupacional en CV 9.2.- Evaluación de la información suministrada con los productos químicos que se incluyan en las actividades de seguridad química en relación con su carcinogéneidad y su prevención 9.3.-Iniciar el catálogo de edificios públicos con amianto.
10.-Mejorar el reconocimiento de los cánceres que sean enfermedad profesional	10.1.-Elaboración y publicación de criterios para la comunicación y calificación de los cánceres como enfermedades profesionales

5.1.4.- ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

La vacunación es después de la potabilización del agua la medida de salud pública que ha demostrado una mayor eficiencia.

Desde finales de los 80 existen vacunas eficaces y seguras contra el cáncer de hígado (hepatitis B), también desde principios del siglo XXI existen vacunas frente al papilomavirus causa necesaria para el desarrollo del cáncer de cuello uterino.

En nuestra comunidad se ha ido introduciendo la vacunación frente a la hepatitis B inicialmente en grupos de riesgo (finales de los años 80) para posteriormente establecerse la vacunación con base comunitaria inicialmente en la etapa escolar para posteriormente establecerse en los menores, sin dejar de lado la estrategia de vacunación en los grupos de mayor riesgo de padecer dicha enfermedad. Las coberturas alcanzadas en menores son muy altas desde el principio de la implantación de esta estrategia con cifras superiores al 95 % para

la tercera dosis, correspondiendo a la cobertura vacunal de 3ª dosis en la vacunación frente al virus de la hepatitis B en recién nacidos en el primer año de vida en 2015 del 97.80 % y en el en 2016 del 97.85 %.

En el año 2008 se incluyó en nuestra comunidad la vacunación frente al virus del papiloma en niñas adolescentes de 14 años ya que este virus es el causante de casi el 100 % de los cánceres de cuello de útero y de un porcentaje menor de otros tipos de cáncer como el cáncer anal, el de vulva, el de vagina y el orofaríngeo. Actualmente esta vacuna se incluye en el calendario sistemático infantil en niñas a los 12 años de edad con una pauta de dos dosis.

El objetivo fundamental de la vacuna frente al papiloma es proteger a las mujeres, para prevenir el cáncer de cuello de útero. Otro objetivo de esta vacunación es conseguir una buena cobertura en los otros grupos de población que están en riesgo como los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) o en personas inmunocomprometidas como los VIH.

La primera cohorte de niñas vacunadas en nuestra comunidad fue la de las niñas nacidas en 1994. Las coberturas alcanzadas se han visto afectadas en algunas cohortes por dudas sobre la seguridad de dicha vacuna. La evidencia científica actual tanto del comité de seguridad de las vacunaciones de la OMS (SAGE) como de las agencias reguladoras (EMA, FDA, etc.) así como y de la Colaboración Cochrane una de las organizaciones de revisión de estudios médicos más importantes del mundo han concluido la seguridad de esta vacuna.

Hay que mejorar primero las coberturas en niñas adolescentes que se han visto afectadas por las dudas de la población sobre la seguridad de la vacuna mediante el uso de las nuevas tecnologías implementadas y disponibles en el Sistema de Información Vacunal (SIV) de la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública y disminuir las desigualdades en las coberturas existentes entre los diferentes departamentos de salud.

En la siguiente tabla encontramos datos de cobertura evaluados en el Plan Oncológico 2011-2014:

Niñas nacidas (*)	2000	2001	2002	2003
Cobertura 1ª dosis VPH	82,67%	82,05%	83.31%	77.93%
Cobertura 2ª dosis VPH	78,41%	73,60%	76.40%	62.23%

(*) Acciones llevadas a cabo:

Recaptación de niñas a través del Sistema de Información Vacunal para las cohortes de niñas nacidas en 2003 y en 2004 tanto para aquellas que no nos constan se han puesto la 1ª dosis como las que no se han puesto la 2ª dosis dada la pérdida de coberturas entre la 1ª y la 2ª dosis. (Hay un decalaje ya que parte de esta vacunación se realiza en colegios y se realiza entre dos años naturales)

Como líneas de intervención futura se contempla la vacunación frente al papiloma de aquellos grupos de riesgo mayor de padecer cánceres de cuello de útero, vulva, ano y vagina.

La estrategia de la inclusión de la vacunación frente al virus del papiloma también en niños (el papiloma virus es una infección de transmisión sexual) debe de estar condicionada en primer lugar a la mejora de las coberturas en las niñas adolescentes y posteriormente en criterios de carga de la enfermedad, eficiencia y equidad de la intervención.

Finalmente a nivel general se debe de fomentar la vacunación como un habito saludable en las personas con cáncer y los que conviven con ellas con el fin de prevenir la aparición de enfermedades inmunoprevenibles en ellas dada su situación de inmunosupresión para mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
11.-Mejorar las coberturas vacunales de 2ª dosis en la vacunación frente al virus del papiloma humano, de manera que al final del periodo de vigencia del Plan se alcance de forma mantenida coberturas por encima del 75 % en niñas adolescentes.	11.1-Potenciar los sistemas de captación activa de la población diana (cohortese de nacimiento 12 y 13 años)a la que se dirige la vacunación a través del Sistema de Información Vacunal (SIV) 11.2-Difundir los resultados de cobertura vacunal entre los profesionales sanitarios implicados en el programa y a la población general
12-Mantener las coberturas vacunales de 3ª dosis en la vacunación frente al virus de la hepatitis B en menores de un año por encima del 95 %.	12.1-Potenciar los sistemas de captación activa de la población diana a la que se dirige la vacunación a través del Sistema de Información Vacunal (SIV) 12.2-Difundir los resultados de cobertura vacunal entre los profesionales sanitarios implicados en el programa
13.- Incorporar la vacunación frente al virus del papiloma humano en mujeres con tratamiento escisional de cérvix	13.1.-Fomentar la vacunación frente al virus del papiloma humano en las mujeres sometidas tratamiento escisional de cérvix
14.- Fomentar la vacunación frente al virus del papiloma humano en pacientes VIH positivos de ambos sexos así como en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	14.1- Incorporar la vacunación frente al virus del papiloma humano en pacientes VIH positivos de ambos sexos así como en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) al entrar en contacto con el sistema sanitario valenciano
15.-Fomentar la vacunación en las personas adultas con cáncer y hemopatías malignas así como en convivientes	15.1.-Incorporar las acciones y consejos de vacunación en las personas adultas con cáncer y hemopatías malignas y en los convivientes cercanos

5.1.5.- PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

El inicio precoz de la lactancia materna comporta a corto plazo grandes beneficios, no solamente para el bebé, sino también para la madre. La lactancia materna precoz estimula la liberación de oxitocina, lo que favorece la contractibilidad uterina y un menor sangrado, incide en la subida más temprana de la leche y facilita un agarre correcto, contribuyendo a un mayor éxito de la lactancia materna en los primeros días y a una duración más prolongada, además de una reducción más efectiva de peso en la mujer a medio plazo.

La lactancia materna por períodos de tiempo superiores a seis meses, proporciona numerosos beneficios para la salud de los niños y niñas que lactan; los no amamantados padecen con más frecuencia dermatitis atópica, alergia, asma, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, Diabetes Mellitus, esclerosis múltiple y cáncer. La lactancia materna también puede proteger a la madre de enfermedades graves, como lo es el cáncer de mama, convirtiéndose así en una aliada potencial en la lucha contra los tumores de mama.

Los mecanismos por los que la lactancia previene del cáncer de mama son el retraso en el restablecimiento de la función ovárica, por un lado, y la disminución en los niveles séricos de estrógenos, por otro. Las madres que no amamantan también aumentan el riesgo de padecer cáncer de ovario y cáncer de útero, todo esto según recomendaciones sobre la lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2014)

La promoción de la lactancia materna durante el embarazo, el puerperio y el periodo de lactancia, constituye un derecho de las mujeres según la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana y ratificado en la modificación de 2018 (LEY 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat)

Apoyar iniciativas que faciliten la lactancia materna en lugares públicos y centros de trabajo resulta fundamental, y, en esta línea, el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020), entre sus acciones incluye reforzar la protección de la salud y promoción del bienestar de las mujeres durante el embarazo y la lactancia en los diferentes entornos de la vida. Como objetivo vinculado a la salud infantil, se hace referencia a una atención neonatal continuada entre la maternidad y la atención primaria así como, al refuerzo en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna

La promoción del inicio y mantenimiento de la lactancia materna desde los servicios sanitarios, de acuerdo a la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), también es una acción propuesta en la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva (2017-2021)

En el año 2015, según consta en la historia obstétrica de las gestantes un 82,5% iniciaron la lactancia materna precozmente. A partir de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2016 podemos obtener datos referentes al porcentaje de niños que siguen con lactancia materna exclusiva a las 4 semanas de vida, cifra que se sitúa alrededor del 66%, a los 3 meses este porcentaje se sitúa en el 54% y a los 6 meses desciende hasta poco más del 38%.

Como reto fundamental para los próximos años, además de implicar a todos los sectores, (laboral, sanitario, etc.), es necesario que haya una concienciación social generalizada en el apoyo a la lactancia materna. Sería necesario mejorar y aumentar los registros en cuanto a tipo de lactancia recibida, aprovechando las revisiones de Salud Infantil en Atención Primaria y aunar esfuerzos para que los padres y madres, tengan apoyos y facilidades para iniciar la lactancia materna, así como que esta se prolongue más allá de los 2 meses y el máximo tiempo posible para que la mujer y su descendencia se aprovechen de los grandes beneficios que supone.

El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres jóvenes de los países occidentales. Sus graves consecuencias para la salud han llevado a analizar cuidadosamente sus causas y posibles medidas preventivas en los últimos años, la lactancia es uno de los pocos factores modificables para el riesgo de cáncer mamario, esto sería un motivo más para incentivar la lactancia materna en la Comunitat Valenciana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
16. Fomentar la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de vida del niño.	16.1.-Proporcionar atención neonatal continuada entre la maternidad y la atención primaria dirigida a apoyar la lactancia materna. 16.2.-Promover el contacto precoz madre-recién nacido y el inicio de la lactancia materna en las dos primeras horas tras el nacimiento. 16.3.-Proporcionar atención y asesoramiento en lactancia materna a las mujeres que opten por amamantar. 16.4.-Ofrecer apoyo de las acciones dirigidas a reforzar el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.
17. Fomentar el amamantamiento, junto con otros alimentos que complementen la alimentación, desde los 6 meses hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo lo deseen.	17.1.-Mejorar los sistemas de registro informático para poder introducir la información sobre tipo de lactancia ofrecida por la madre en la historia del niño, en las revisiones sistemáticas establecidas en el Programa del niño sano. 17.2.-Fomentar actitudes positivas de la sociedad hacia el amamantamiento. 17.3.-Realizar mapa de activos de grupos de apoyo más cercanos o talleres de lactancia del centro de salud. 17.4.-Apoyar las iniciativas que faciliten la práctica de la lactancia materna en lugares públicos y centros de trabajo. 17.5.-Difundir la evidencia y reconocer el valor de amamantar como una intervención para promover la salud por igual a los niños y las mujeres (prevención cáncer ovario y mama).

5.2.- PREVENCIÓN SECUNDARIA

El cribado, como actividad de prevención secundaria, es un método eficaz para controlar el cáncer. Siempre que sea posible, debe darse la máxima prioridad a la prevención primaria de esta enfermedad.

Si se emprende el cribado, debe ser únicamente en el marco de programas organizados con garantía de calidad a todos los niveles, y facilitando la adecuada información sobre los beneficios y los riesgos.

Los beneficios que un programa de cribado tiene para la población y para la salud pública sólo pueden materializarse con una elevada participación, un adecuado diagnóstico y tratamiento. No puede recomendarse el cribado a petición del interesado como base de una práctica de salud pública, pues con él no se obtendrán los máximos beneficios y pueden surgir los efectos secundarios adversos citados anteriormente.

Debe hacerse hincapié en la necesidad de evaluar adecuadamente los resultados sanitarios y los costes de todos los procedimientos de cribado mediante ensayos clínicos comparativos aleatorios, incluidas las nuevas pruebas de cribado antes de incorporarlos a la asistencia sanitaria ordinaria. También es esencial que un organismo independiente se encargue de evaluar los resultados de los ensayos clínicos del cribado.

Siguiendo las recomendaciones del Consejo Europeo sobre cribado poblacional para el cáncer, el cribado organizado del cáncer debe ofrecerse a personas sanas si se ha demostrado que disminuye la mortalidad específica de la enfermedad o la incidencia de la enfermedad en estado avanzado, si se conocen bien sus beneficios y sus riesgos, y si la relación coste-eficacia resulta aceptable. En la actualidad reúnen estas condiciones las siguientes pruebas de cribado y que se desarrollan en los siguiente Programas de Prevención en la Comunitat Valenciana:

- Programa de Prevención de Cáncer de Mama: Mujeres entre 45 y 69 años, mamografía bilateral en doble proyección cada dos años
- Detección precoz del Cáncer de Cervix: Mujeres a partir de los 20 años hasta los 65 con los siguientes criterios de priorización:

La prueba utilizada es la citología cervicovaginal o test de Papanicolaou.

En casos seleccionados se detectará el HPV: Citologías con resultado ASC-CUS, ASC-H Y AGC; mujeres con historia de cribado inadecuado, mujeres de más de 35 años y sin seguimiento de las recomendaciones de cribado, más de 5 años última citología.

- Programa de Prevención de Cáncer de Colorrectal: Hombres y mujeres entre 50 y 69 años, test de sangre oculta en heces (inmunológico cuantitativo con una sola muestra) cada dos años

Durante el periodo del Plan Oncológico, se extendió el programa de prevención de cáncer colorrectal a toda la Comunitat Valenciana. Se mejoró el acceso a los programas de cribado y diagnóstico precoz de cáncer disminuyendo desigualdades por género, edad, clase social, país de origen: Se realizó una convocatoria de Buenas Prácticas en el cribado de cáncer y se difundió los resultados, se elaboró un procedimiento para la intervención de los programas de cribado de cáncer en población reclusa y se incorporó variables socioeconómicas (género, país de origen, estudios, ocupación, ...en la extracción de indicadores de los programas de cribado. También se promovió la participación informada de la población en los programas de cribado de cáncer incorporando este enfoque en todos los materiales de los programas de cribado. En colaboración con la red de cribado de cáncer en España se han realizado estudios e informes para valorar la Incorporación de los nuevos avances en el diagnóstico precoz del cáncer según la evidencia científica.

Por ello, el reto que se propone la estrategia de cáncer respecto a la prevención secundaria se refleja en los siguientes objetivos y acciones:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
18.- Reforzar e impulsar con criterios de calidad los programas poblacionales de cribado de cáncer de mama y de cáncer colorrectal en todos los departamentos de salud y planificar e iniciar la ampliación de la edad del cribado de cáncer hasta los 74 años	18.1.- Evaluar el balance entre beneficios y efectos adversos de manera sistemática. Asegurar el lincaje con los sistemas de información que contienen información relevante para esta evaluación. 18.2.- Desarrollar estrategias que permitan avanzar en la equidad en el acceso a los programas de cribado poblacional
19.- Elaborar un programa poblacional de cribado de cáncer de cérvix y analizar la viabilidad de su implantación en todos los departamentos de salud.	19.1.- Establecer la transición del cribado oportunista de cáncer de cérvix a cribado poblacional en todos los departamentos de salud. Realizar una propuesta piloto en dos departamentos de Salud
20.- Estimar el balance entre beneficios y riesgos y el balance coste/efectividad incorporando la participación informada en posibles nuevas actividades de cribado.	20.1.- Incorporar las innovaciones relacionadas con estrategias dirigidas a la personalización del riesgo en el marco de los cribados de cáncer 20.2.- Incorporación de la secuenciación masiva en el Programa de Consejo genético

en Cáncer

21.- Elaborar e implementar una Recomendación de No Hacer sobre estrategias, consejos e intervenciones inadecuadas en cribado de cáncer basado en la evidencia científica y la eficiencia, eficacia y efectividad de las mismas	21.1.- Difundir las recomendaciones para que población sobre la participación informada en cribado de cáncer de mama, colorrectal y cérvix
22.- Incorporación de la secuenciación masiva en el Programa de Consejo genético en Cáncer	21.2.- Difundir recomendaciones de No Hacer para otros cribados de cáncer
	22.1. Difundir a toda la población y profesionales sanitarios el programa de Consejo Genético en cáncer e incorporar nuevos síndromes según la evidencia científica.

5.3.- ASISTENCIA SANITARIA: POBLACIÓN ADULTA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

La resolución de los procesos oncológicos es una de las prioridades del sistema sanitario público. En este periodo entre los mecanismos para agilizar la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento se ha establecido el circuito rápido de sospecha fundada de cáncer. La lista de comprobación (check list) de este circuito se incorporó en SIA-Abucasis en septiembre de 2017. Los criterios de indicación de endoscopias se difundieron en noviembre de 2017.

Para garantizar la continuidad de la atención, desde la prevención primaria hasta los cuidados del paciente en fase terminal, de acuerdo con las opiniones y deseos del enfermo y que dé lugar a informes en fases clave del proceso se requiere aplicar un plan de atención integral por parte de un equipo multidisciplinar. El comité de tumores designa un profesional referente durante cada fase del tratamiento activo. En Orion y MIZAR, se pueden generar informes de alta de hospitalización, urgencias, hospital de día y seguimiento en consultas externas. En la HSE (Historia de salud electrónica, integrada con la del SNS) de cada paciente se recogen los informes generados desde Orion y MIZAR. En SIA están disponibles los informes generados desde Orion.

La Orden 02/2015 de la Conselleria de Sanidad, por la que se crean las Comisiones de Garantía de Calidad de Tejidos y Tumores y Subcomisiones de Tumores de la Comunitat Valenciana ha dado respaldo normativo a lo que establece en este sentido la estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud: los centros hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pondrán en marcha equipos multidisciplinarios e integrados, como los comités de tumores que planteen la decisión terapéutica previa al tratamiento y establezcan un plan terapéutico

global, en el que participen los profesionales implicados en el proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer.

Para ubicar al paciente en el mejor lugar terapéutico según el momento evolutivo de su enfermedad es preciso adecuar e integrar los recursos de la red para la asistencia oncológica, con la distribución óptima de los recursos. Para ello se han designado las unidades de referencia de oncología pediátrica y de adultos en 2016-2017.

Se ha iniciado en 2018 la tramitación para completar la dotación de recursos que permita la puesta en marcha de la línea pediátrica del hospital a domicilio del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

El Plan integral de cuidados paliativos (CP) de la CV 2010-2013 y la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS 2010-2014 establecieron acciones dirigidas a los pacientes con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas, de cualquier edad, que se encuentren en situación avanzada y/o terminal. La práctica totalidad de los departamentos en la CV han establecido un programa de CP y disponen de equipo de soporte para cuidados paliativos avanzados, referentes de CP en EAP y programas de formación en cuidados paliativos y comunicación.

El registro de voluntades anticipadas pretende fomentar la participación activa del paciente al final de la vida y su familia/cuidadores, de forma que se conviertan en los protagonistas del proceso asistencial y garantizar que reciban un trato digno.

Es necesario reforzar las acciones formativas a los profesionales implicados en la asistencia oncológica, para mejorar el apoyo psicológico y la comunicación con pacientes de cáncer y sus familiares.

5.3.1.- MODELO ASISTENCIAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
23.- Establecer redes asistenciales integradas para la atención a tumores de adultos cubriendo todo el circuito asistencial de los pacientes (atención primaria, atención especializada, cuidados paliativos, unidades de referencia autonómicas, CSUR y red de referencia europea)	23.1.- Constituir las redes asistenciales integradas para la atención a tumores de adultos en la CV 23.2.- Designar unidades de referencia autonómica para tumores sólidos 23.3.- Establecer criterios de calidad y protocolos de coordinación para las cirugías poco frecuentes de alta complejidad (esófagica, de páncreas..., tumores germinales, oncohematológicos....)

	23.4.-Establecer protocolos de coordinación que aseguren la transición de los pacientes a seguimiento compartido y a cuidados paliativos
24.- Establecer un modelo de atención a tumores raros que garantice la calidad en la atención en centros que concentren un número mínimo de casos en base a criterios de calidad basados en la evidencia y teniendo en cuenta la experiencia europea	24.1.- Designar al CSUR de sarcoma como unidad de referencia autonómica
	24.2.- Establecer criterios de calidad y protocolos de coordinación que aseguren la atención adecuada a tumores raros
	24.3.- Constituir las redes asistenciales integradas para la atención a tumores raros en la CV
25.- : Atender a los pacientes diagnosticados de cáncer en el marco de equipos de trabajo integrados, en una subcomisión de tumores / comisión de garantía de calidad de tejidos y tumores con representación de los diferentes especialistas implicados en su abordaje según Orden 02/2015	25.1.- Recoger adecuadamente en los sistemas de información el plan terapéutico del paciente establecido en el comité de tumores.
	25.2.- Promover la continuidad asistencial de los pacientes mediante estrategias de enlace que favorezcan la coordinación durante el proceso de confirmación diagnóstica y tratamiento activo, en particular en pacientes con necesidades sociales
26.- Promover la continuidad asistencial de los pacientes con cáncer y alta complejidad clínica o comunitaria mediante estrategias de gestión de casos basada en atención primaria	26.1.- Incrementar la cobertura de la gestión de casos de pacientes crónicos complejos y paliativos en los departamentos
27.- Promover la capacidad de los profesionales de atención primaria y hospitalaria para identificar y tratar los problemas nutricionales que pueden acompañar la enfermedad oncológica durante el tratamiento activo.	27.1.-Formación de los profesionales
28.- Implementar en todos los dispositivos donde se atienda a personas con cáncer el abordaje psicosocial y la detección precoz de malestar emocional (distress) para facilitar el acceso de las personas enfermas de cáncer y sus familiares a intervenciones individuales o en grupo, informativas y psicoeducativas en el ámbito de la atención primaria o terapéuticas según sus necesidades, en base a la evidencia científica disponible sobre su efectividad, en distintos momentos de la enfermedad (diagnóstico, rehabilitación,	28.1.- Establecer protocolos de coordinación con las USM que aseguren el acceso a las intervenciones en función de las necesidades

recaída, cuidados paliativos)

29.- Promover el soporte emocional de todos los profesionales que atienden al paciente, en atención primaria y hospitalaria potenciando las habilidades de comunicación

30.- Promover la colaboración y coordinación, en atención primaria y hospitalaria, con organizaciones sin ánimo de lucro con experiencia que ofrecen servicios de información, apoyo psicosocial, grupos de ayuda mutua y acompañamiento (esencialmente a través del voluntariado) a las personas con cáncer y sus familias.

31.- Promover acciones para determinar los resultados en salud de los tratamientos para el cáncer

32.- Hacer partícipe al paciente, siempre que no manifieste expresamente lo contrario, del proceso de toma de decisiones relacionadas con su patología, incluyendo como proceso asistencial, el proceso de consentimiento informado.

29.1.-Formación de los profesionales

30.1 Protocolizar el apoyo psicosocial prestado por las ONG

31.1.- Determinar la efectividad del arsenal terapéutico disponible para el tratamiento del cáncer en función de los resultados en salud observados en la práctica clínica.

31.2.- Proporcionar información sobre la efectividad y seguridad de los medicamentos, así como el coste de los mismos en el tratamiento del cáncer para la elección del más coste-efectivo basada en resultados en salud.

31.3.- Determinar la toxicidad del arsenal terapéutico disponible para el tratamiento del cáncer en función de lo observado en la práctica clínica.30.1.- Formación para registrar el proceso de toma de decisiones y el consentimiento informado en la historia clínica.

32.1.- Formación para registrar el proceso de toma de decisiones y el consentimiento informado en la historia clínica.

5.3.2.- DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
33.- Mejorar y evaluar adecuadamente los tiempos de confirmación diagnóstica ante sospecha fundada de cáncer. -Tiempo de confirmación diagnóstica en el programa de cribado de cáncer de mama: 8 semanas -Tiempo de confirmación diagnóstica en el programa de cribado cáncer colorrectal: 45 días (p75) -Tiempo de confirmación diagnóstica desde sospecha fundada melanoma: 28 días -Tiempo desde que se remite al paciente en el circuito rápido en atención primaria hasta la primera visita por especialista: 7 días	33.1.- Mejorar los circuitos rápidos de diagnóstico ante sospecha de cáncer (adenopatías, tumores digestivos, tumores ginecológicos, patología mamaria, aparato respiratorio, tumores urológicos, alteraciones partes blandas y/o óseas, tumores ORL, alteraciones cutáneas, otros) 33.2.- Adecuación de indicaciones de endoscopias digestivas y recursos relacionados
34.- Establecer una red de unidades de referencia que garantice la calidad en la realización e interpretación de los estudios de anatomía patológica, hematooncológicos y las pruebas de diagnóstico molecular del cáncer	34.1.- Implementar un sistema de doble lectura de prueba de diagnóstico de anatomía patológica en tumores raros, por un experto de una unidad de referencia designado

5.3.3.- TRATAMIENTO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
35.- Evaluar adecuadamente que el tiempo transcurrido desde el establecimiento del plan terapéutico hasta el inicio efectivo del tratamiento se ajuste a las siguientes recomendaciones: – Tratamiento quirúrgico: 15 días. – Tratamientos sistémicos: 7 días. – Radioterapia: 28 días (incluyendo el proceso de planificación).	35.1.- Identificar adecuadamente en los sistemas de información el proceso asistencial oncológico en todas sus fases
36.- Mantener equipos de radioterapia actualizados. Planificar la inversión en	36.1.- Instalaciones previstas en 2018, 2019 y 2020 (concurso en fase de adjudicación).

instalaciones de radioterapia, a fin de evitar retrasos innecesarios en la sustitución y actualización de la tecnología.	36.2.-Designar unidades de referencia de oncología radioterápica
37.- Establecer criterios de indicación para derivación a pruebas y tratamientos no disponibles en el SNS (pruebas genéticas, terapia de protones...)	37.1.-Plan de Genética de la CV
38.- Garantizar la accesibilidad equitativa en tiempo y forma de los nuevos medicamentos, categorizados dentro de los recursos disponibles, seguros y coste-efectivos para el tratamiento del cáncer.	37.2.- Establecer criterios de indicación para derivación a terapia de protones
	38.1.- Garantizar la accesibilidad equitativa en tiempo y forma de los medicamentos basados en la mejor alternativa disponible para el paciente, atendiendo a criterios de efectividad, seguridad y eficiencia.

5.3.4.- DESPUES DEL TRATAMIENTO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
39.- Establecer y entregar por escrito al paciente, un plan individualizado de seguimiento, con información sobre el tipo y estadio clínico del tumor, la intención terapéutica (curativa o paliativa), los tratamientos recibidos y las toxicidades que hayan podido surgir durante el tratamiento. Debe estar basado en una valoración de sus riesgos y necesidades, incluir rehabilitación física y psicosocial, y prevención y vigilancia de complicaciones y recurrencias y, en el caso de pacientes en seguimiento compartido con atención primaria, garantizar el acceso rápido a la atención especializada ante signos o síntomas de alarma. Incluye: -Seguimiento tras el tratamiento activo. - Seguimiento a largo plazo de pacientes con historia de cáncer (largos supervivientes), en estrecha colaboración entre el comité de tumores y el equipo de atención primaria	39.1.- Definir el proceso asistencial del seguimiento a largo plazo de pacientes con historia de cáncer, para los cánceres más frecuentes. 39.2.- Difundir información adecuada y actualizada sobre los efectos a medio y largo plazo de los tratamientos 39.3.- Enfatizar el autocuidado, particularmente en recomendaciones sobre el estilo de vida y sobre los riesgos de los efectos a largo plazo: dejar de fumar; control de peso y dieta saludable, incluido el consumo limitado de alcohol; actividad física; evitar la exposición excesiva a la radiación ultravioleta; y manejo del estrés.. 39.4.- En los informes de alta, incluir la información sanitaria suficiente para facilitar la valoración por parte de los servicios de prevención de riesgos laborales de la necesidad de adaptación de puestos y condiciones de trabajo.
40.- Coordinación para la atención sociosanitaria (actuación simultánea y sinérgica de servicios sanitarios y sociales) de las personas enfermas de cáncer y sus familiares, según sus necesidades	40.1.- Establecer junto con el paciente/familiar un plan individualizado de carácter social en el que se contemplen los derechos que le corresponden, los recursos a los que puede acceder, reconocimientos (discapacidad, incapacidad permanente, dependencia, etc.), pensiones, etc.

40.2.- Promover la organización de redes de apoyo social formal (Servicios Sociales, Ley de Dependencia, etc.) y no formal (familiares, de voluntariado, amigos, etc.) para enfermos y familiares, que refuercen la información con respecto a la enfermedad y su evolución, así como faciliten herramientas para la vuelta a la vida cotidiana (reajuste de roles y funciones, cuidados y autocuidados, tiempo libre, etc.) y asesoramiento sobre la reinserción laboral, formación y desempleo, después del alta clínica del paciente.

5.3.5.- CUIDADOS PALIATIVOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
41.- Proporcionar cuidados paliativos a los pacientes con cáncer progresivo irreversible que lo requieran, en función de su complejidad: cuidados paliativos básicos, por todos los dispositivos sanitarios (fundamentalmente oncológicos y de atención primaria), y avanzados, por el equipo de soporte del departamento y/o HACLE	41.1.- Establecer protocolos de coordinación que aseguren la transición de los pacientes a cuidados paliativos 41.2.- Formación en cuidados paliativos para los profesionales que atienden a pacientes oncológicos. 41.3 Adecuar recursos de HACLE 41.4 Identificar necesidades de cuidados paliativos en pacientes crónicos complejos (NECPAL)

5.3.6.- ATENCIÓN SANITARIA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
42.- Garantizar que la atención al cáncer infantil se realice en unidades multidisciplinarias de oncología pediátrica que favorezcan la atención psicosocial y educativa, incluyendo la rehabilitación en su caso. La planificación del seguimiento se realizará de manera conjunta por los equipos multidisciplinarios y los padres, promoviendo la atención compartida con el pediatra de atención primaria.	42.1.-Planificación del seguimiento conjunto por los equipos multidisciplinarios y los padres, promoviendo la atención compartida con el pediatra de atención primaria 42.2.-Establecer protocolos de coordinación que aseguren la transición de los pacientes a seguimiento compartido y a cuidados paliativos 42.3.-Constituir la Unidad de Hospital a Domicilio pediátrica en H Clínico U Valencia

43.- Establecer redes asistenciales integradas para la atención a tumores de niños y adolescentes cubriendo todo el circuito asistencial de los pacientes (atención primaria, atención especializada, cuidados paliativos, unidades multidisciplinarias de oncología pediátrica, CSUR y red de referencia europea) que permita la concentración de la experiencia (recomendaciones de la SIOP Europe) y fomente la equidad en el acceso a una atención de calidad de forma que el paciente solo se desplace a un hospital más alejado de su domicilio cuando sea médicamente necesario.

La organización de estas redes incluirá criterios y protocolos de derivación y atención compartida con los dispositivos de atención domiciliaria, los servicios de pediatría de hospitales generales y/o los profesionales de atención primaria

43.1.- Constituir las redes asistenciales integradas para la atención a tumores en la infancia y adolescencia en la CV

43.2.- Establecer protocolos de coordinación que aseguren la atención adecuada a tumores raros y las cirugías poco frecuentes de alta complejidad

44.- Atender al paciente adolescente con cáncer en entornos adecuados relacionados con el área de pediatría y de oncología, y con flexibilidad para adaptar el límite de edad a la situación del paciente. Promover la continuidad del equipo multidisciplinar de las unidades pediátricas a los especialistas responsables de la atención al paciente adulto, para garantizar la calidad de la atención a los adolescentes y facilitar la transición a las unidades de adultos.

44.1- Instrucción para la atención de adolescentes con problemas oncológicos

5.4.- SISTEMA DE INFORMACIÓN EN CÁNCER

El Sistema de Informació sobre Càncer (SIC) ha sido desde su inicio, en 2005, el instrumento básico para garantizar la vigilancia epidemiológica continuada del cáncer en la Comunitat Valenciana. Los objetivos propuestos en el último Plan Oncológico de la Comunitat, 2011-2014, determinaron la trayectoria a seguir. Se han logrado prácticamente todos los objetivos. Así, el Sistema se ha consolidado proporcionando información periódica a diferentes niveles y tipos de usuarios, desde la comunicación divulgativa a los ciudadanos en la web de la DGSP y concretamente en “Notas Breves” (<http://www.sp.san.gva.es/epidemiologia>) con el Informe del Cáncer en Cifras de la Comunitat, Informes de los días Mundiales de Cáncer, Informes de Incidencia y Mortalidad por los principales grupos tumorales; la información más específica a

salubristas, clínicos, sanitarios, e investigadores se ha proporcionado desde la misma plataforma Vent-Neos donde se ha elaborado una pestaña para la difusión de Informes por Hospitales e Informes por Departamentos.

A las fuentes de datos básicas, altas clínicas y anatomía patológica se han incorporado datos provenientes del programa de detección precoz del cáncer de mama. El 100% de los hospitales públicos y los hospitales de concesión administrativa proporcionan datos periódicamente sobre los pacientes con tumores de forma semiautomatizada. Respecto a los hospitales privados se ha avanzado pero en estos momentos la cobertura alcanza el 80%. Se ha logrado incorporar los datos codificados de anatomía patológica del 95% de los hospitales públicos, y del 100% de los hospitales de concesión administrativa y se han puesto a punto 21 protocolos de anatomía patológica. De los hospitales privados, por su forma de funcionamiento en la actualidad, no es posible recuperar la información de anatomía patológica.

En los años 2012 y 2014 se realizaron 2 cursos de la aplicación informática, Neos, utilizada para la gestión diaria del Sistema de Información sobre Cáncer, con el fin de acercar las utilidades a los técnicos de Salud Pública y los profesionales sanitarios de hospitales.

5.4.1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CONTINUADA, EXHAUSTIVA Y VÁLIDA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
44.- Mantener y mejorar las fuentes básicas de datos de los sistemas de información clínicos consolidados y explorar la incorporación de nuevas fuentes	44.1. Mantener actualizados los procedimientos de recuperación de datos desde las fuentes básicas de forma adecuada y en el tiempo más oportuno
	44.2. Diseño de nuevas estrategias para la recuperación de los datos del CMBD y Anatomía Patológica de los hospitales públicos, de concesión administrativa, y concertados y privados.
	44.3. Integrar a la aplicación informática Vent-Neos los casos de cáncer resultantes de los programas de diagnóstico precoz de cáncer.
	44.4. Explorar la integración en la plataforma Vent-Neos de otros Sistemas de información corporativos
	44.5. Acometer el análisis territorial a nivel de comarcas, barrios y distritos de grandes ciudades.

5.4.2. DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
45.- Facilitar la información periódica a diferentes niveles y tipos de usuarios: ciudadanos, asociaciones de pacientes, gestores, profesionales de salud de los Departamentos, con información relevante de cáncer.	45.1. Mantener y mejorar los diferentes informes: Cáncer en Cifras de la Comunitat Valenciana; Informes de combinados de Incidencia y Mortalidad por grupos Tumorales 45.2. Mantener los Informes de hospital y de los días mundiales de cáncer mediante la aplicación Vent-Neos a los gestores y profesionales sanitarios.

5.4.3. INVESTIGACIÓN Y COLABORACIÓN CON ESTUDIOS ESPECÍFICOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
46.- Colaborar con las Fundaciones Sanitarias corporativas en proyectos de Investigación en relación con el cáncer.	46.1. Elaborar un protocolo para ofrecer la plataforma Vent-Neos para la implementación de proyectos de investigación. 46.2. Promover y apoyar iniciativas y/o proyectos pilotos de creación de registros hospitalarios de cáncer y de Departamentos de Salud, especialmente en las provincias de Valencia y Alicante. 46.3. Contribuir con los datos de los Registros Poblacionales a la elaboración de indicadores de cáncer en Europa: ECIS (<i>European Cancer Information System</i>). 46.4. Contribuir en el estudio del cáncer en niños y adolescentes con especial atención al seguimiento a largo plazo y a la aparición de los segundos tumores.

5.5. INVESTIGACIÓN

La investigación en cáncer ha llevado al desarrollo de distintas herramientas que han conseguido un aumento de la supervivencia de pacientes difícil de imaginar hace unos años. La ingente cantidad de recursos necesarios para llevarla a cabo y la necesidad de determinar áreas prioritarias de investigación, hace que la coordinación y cooperación en este ámbito sea la forma de trabajo más adecuada para conseguir los resultados buscados.

Con el fin de coordinar y potenciar la investigación en cáncer es necesario promover un uso eficiente de los recursos humanos, materiales y técnicos disponibles en la Comunitat Valenciana, lo que necesariamente requiere darlos a conocer a la comunidad científica y a los organismos gestores, para poder conseguir mejores resultados con los mismos.

Número de muestras de tumores aportadas a la red de Biobancos desde el 2010 al 2017 ha sido de 57.431

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
47.- Elaborar un mapa de la investigación en cáncer en la Comunitat Valenciana integrado en el Plan Estratégico de Investigación e Innovación de la Comunitat Valenciana	47.1.- Identificar los grupos y áreas de investigación en cáncer en la Comunitat Valenciana. 47.2.- Categorizar las infraestructuras disponibles para la investigación en cáncer en la Comunitat Valenciana.
48 Incrementar las líneas de investigación y las ayudas a los proyectos de investigación en cáncer en la Comunitat Valenciana.	48.1.-Introducir líneas específicas para investigación en cáncer en los programas de fondos europeos. 48.2.-Aumentar los fondos destinados a financiar proyectos de investigación en cáncer en la Comunitat Valenciana
49.-Aumentar la colaboración entre los investigadores en cáncer en la Comunitat Valenciana.	49.1- Constituir una plataforma de investigadores y grupos de investigación en cáncer 49.2.-Elaborar y difundir un mapa de recursos tecnológicos disponibles en las fundaciones. 49.3.-Difundir y potenciar el nodo de biobancos oncológicos, incrementando el número de muestras de tumores disponibles.

5.6.- FORMACIÓN

Potenciar la formación integral en cáncer entre los profesionales de la salud, de los medios de comunicación y agentes sociales utilizando las estrategias formativas más adecuadas, incluyendo el uso de nuevas tecnologías de la información fue un objetivo que se estableció en el Plan Oncológico del 2011-2014.

Dentro del Plan de formación continua se han realizado durante el periodo del Plan Oncológico 26 cursos relacionados con la prevención, diagnóstico, tratamiento y evaluación del cáncer:

Así mismo, dentro del Plan de formación específico de la Escuela EVES, se han realizado 15 cursos en el periodo en vigor del Plan Oncológico 2011-2014

Todas las actividades formativas han sido dirigidas a los profesionales del Sistema Valenciano de Salud y se han utilizado nuevas tecnologías como el campus virtual de la EVES que ha permitido alcanzar un mayor número de profesionales formados y mayor accesibilidad de la formación para los compromisos profesionales y personales de los profesionales sanitarios.

Durante este periodo, se quiere resaltar el valor que ha añadido la utilización de la formación en línea.

Las actividades formativas de la CSUySP deben estar en consonancia con los objetivos del Plan de Salud y de las Estrategias que de Salud y de la cartera de servicios, por ello, en la actual estrategia de cáncer se incorporan transversalmente los objetivos y acciones relacionados con la formación en el continuo del cáncer.

6.-EVALUACIÓN

EN PROCESO

7.-REFERENCIAS

EN PROCESO

8.- ANEXOS

EN PROCESO