



ESTRATEGIA CONTRA EL CÁNCER DE LA COMUNITAT VALENCIANA 2019-2022





Coordinación:

Dolores Salas Trejo

Josefa Ibañez Cabanell

Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Sanitario

Dirección General de Salud Pública

Comisión redactora de la Estrategia:

Alberich Martí, Carmen

Barberá Riera, María

Calatayud Galiano, Concepción

Clemente Paulino, Inmaculada

Cuevas Cuerda, Dolores

Díaz Mondéjar, Mª Rosa

Esteban Buedo, Valentín

García-Baquero Urbiola, Mª Gracia

Ibañez Cabanell, Josefa

Lluch Rodrigo, Jose Antonio

Pastor Villalba, Eliseo

Pérez Sanz, Elena

Puchalt Sanchis, Carmen

Quiles Izquierdo, Joan

Rodríguez Martínez, Pablo

Sabater Gregori, Consol

Salas Trejo, Dolores

Tenías Burillo, Jose María

Torres Gracia, Mª Ángela

Vanaclocha Luna, Hermelinda

Zurriaga Llorens, Òscar

Comisión de participación de la Estrategia (ver anexo)





Para cualquier consulta pueden dirigirse a:

Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Sanitario

Dirección General de Salud Pública

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

e-mail: pcancer_val@gva.es

Telf. 96 196 58 25

Fax: 96 196 58 32

Avda. Cataluña, 21

46020 VALENCIA

Este documento ha sido revisado por la Unidad de Igualdad de acuerdo con los principios de lenguaje inclusivo

Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

©de la presente edición: Generalitat, 2019

©del texto: comisión redactora

1ª edición. Edición online





CONTENIDO

PRESENTACIÓN	
PRÓLOGO	8
RESUMEN EJECUTIVO	9
1 INTRODUCCIÓN	. 12
2 IMPACTO DEL CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA	. 14
2.1 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	. 16
2.2. INCIDENCIA, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA POR CÁNCER EN LA COMUNIT VALENCIANA. 2015	
2.2.1. UNA VISIÓN GENERAL DEL CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA	. 24
2.2.2. INCIDENCIA, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA DE LOS PRINCIPALES TUMORES	. 25
2.2.3. TUMORES CON BAJA SUPERVIVENCIA	. 43
2.2.4. LOS CÁNCERES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA COMUNITAT VALENCIAN	
2.2.5. SUPERVIVENCIA DE LAS PERSONAS CON CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA	
3 METODOLOGÍA	. 53
3.1CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA:	. 53
3.2 PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN	. 54
3.3 LÍNEAS DE ACTUACIÓN	. 55
3.4-COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO	. 55
3.5 ELABORACIÓN DE ANÁLISIS DAFO DE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRINCIALES	. 56
3.6 CONCLUSIONES DE LA COMISIÓN DE PARTICIPACIÓN	. 63
4. OBJETIVOS GENERALES	. 63
5LINEAS DE ACTUACIÓN, OBJETIVOS Y ACCCIONES	. 65
5.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA	. 65
5.1.1. ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, TABACO Y ALCOHOL	. 66
5.1.2SALUD AMBIENTAL	. 71
5.1.3 SALUD LABORAL Y SEGURIDAD QUÍMICA	. 73
5.1.4 ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	. 75
5.1.5 PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	. 78
5.2 - PREVENCIÓN SECUNDARIA	. 81





5.3 ASISTENCIA SANITARIA: POBLACIÓN ADULTA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y CUIDA FINAL DE LA VIDA	
5.3.1 MODELO ASISTENCIAL	85
5.3.2 DIAGNÓSTICO	88
5.3.3 TRATAMIENTO	89
5.3.4 DESPUES DEL TRATAMIENTO	90
5.3.5 CUIDADOS PALIATIVOS	91
5.3.6 ATENCIÓN SANITARIA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	92
5.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN EN CÁNCER	94
5.4.1. VIGILANCIA EPIDEMIÓLOGICA CONTINUADA, EXHAUSTIVA Y VÁLIDA	95
5.4.2. DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN	95
5.4.3. INVESTIGACIÓN Y COLABORACIÓN CON ESTUDIOS ESPECÍFICOS	96
5.5. INVESTIGACIÓN	97
5.6 FORMACIÓN	98
6EVALUACIÓN	100
6.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA	100
6.1.1 ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, TABACO Y ALCOHOL	100
6.1.2 SALUD AMBIENTAL	101
6.1.3 SALUD LABORAL Y SEGURIDAD QUÍMICA	102
6.1.4 ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	102
6.1.5 PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	103
6.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA	104
6.3 ASISTENCIA SANITARIA: POBLACIÓN ADULTA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y CUID. FINAL DE LA VIDA	
6.3.1 MODELO ASISTENCIAL	105
6.3.2 ASISTENCIA SANITARIA: DIAGNÓSTICO	107
6.3.3 ASISTENCIA SANITARIA: TRATAMIENTO	108
6.3.4 ASISTENCIA SANITARIA: CUIDADOS PALIATIVOS	110
6.3.5 ASISTENCIA SANITARIA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	110
6.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN EN CÁNCER	111
6.5. INVESTIGACIÓN	113
7 ANEXOS	114
7.1. REFERENCIAS	114
7.2. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN ONCOLÓGICO 2011-2014	117





7.3. PARTICIPANTES DE LA ESTRATEGIA	120
7.3.1COMISIÓN REDACTORA DE LA ESTRATEGIA	120
7.3.2COMISIÓN DE PARTICIPACIÓN	122
7.3.3. COMISIÓN TÉCNICA DE LA ESTRATEGIA	126
7.4 ABREVIATURAS	129



PRESENTACIÓN







PRÓLOGO





RESUMEN EJECUTIVO

El cáncer es uno de los principales problemas de salud en la Comunitat Valenciana. El riesgo de desarrollar cáncer a lo largo de la vida en hombres es de uno cada tres y en mujeres de una de cada cuatro.

La lucha contra el cáncer ha avanzado y mejorado mucho en los últimos años en la prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos de las personas con cáncer, no obstante la promoción de la salud, que implica el desarrollo de políticas saludables, la prevención e incluso la investigación y el tratamiento tienen amplios márgenes de mejora. Los futuros retos en la lucha contra el cáncer se deben centrar en el desarrollo de políticas saludables, desarrollar la promoción de la salud y la prevención en cáncer, incorporar los diagnósticos moleculares, y mejorar la equidad y la calidad de la atención, especialmente en la infancia y adolescencia y en las personas con r historia de cáncer (largos supervivientes).

El presente documento recoge las principales líneas estratégicas, objetivos y acciones en la lucha contra el Cáncer en la Comunitat Valenciana para el periodo 2019-2022.

A continuación se resaltan las principales líneas y objetivos previstos para seguir avanzando en la lucha contra el cáncer en los próximos años.

LÍNEA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN CÁNCER

La aplicación de la salud en todas las políticas promoviendo la implicación de las diferentes administraciones, la difusión de las recomendaciones del Código Europeo contra el Cáncer son las mejores medidas para abordar la promoción y prevención primaria del cáncer. Mejorar el conocimiento sobre el riesgo ambiental, la exposición a radón, fortalecer la vigilancia sanitaria de la contaminación atmosférica y profundizar en las medidas de prevención frente a estos riesgos son objetivos prioritarios dentro de la estrategia así como reducir la exposición a cancerígenos laborales y mejorar el reconocimiento de los cánceres que sean enfermedad profesional. También se reforzarán las acciones para fomentar la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de vida la criatura.

Mejorar el balance entre beneficios y efectos adversos en los programas de cribado, profundizando en las recomendaciones de "no hacer", así como elaborar un programa poblacional de cribado de cáncer de cérvix y analizar la viabilidad de su implantación en todos los departamentos de salud es un gran reto para esta administración sanitaria.

LÍNEA ESTRATÉGICA: ASISTENCIA SANITARIA: POBLACIÓN ADULTA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

En el modelo asistencial de la Comunitat Valenciana, dirigido tanto a la población adulta, la infancia y la adolescencia se van a priorizar el establecer redes asistenciales integradas para la atención a las personas con cáncer cubriendo todo el circuito asistencial. Tiene gran importancia 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, incorporando en la atención a las personas con cáncer el abordaje psicosocial y la detección precoz de malestar emocional (distress). Es necesario implementar 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 según sus necesidades, en base a la evidencia científica disponible sobre su efectividad, en distintos momentos de la enfermedad (diagnóstico, rehabilitación, recaída, cuidados paliativos).

Una carencia importante en el modelo actual y a la que se le debe prestar atención, es promover el soporte emocional de todo el personal sanitario que atiende a las personas, en atención primaria y hospitalaria potenciando las habilidades de comunicación. Así como hacer partícipe a las personas con cáncer, siempre que no manifiesten expresamente lo contrario, del proceso de toma de decisiones relacionadas con su patología, incluyendo como proceso asistencial, el proceso de consentimiento informado.

En el diagnóstico del cáncer se requiere 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.

Garantizar la accesibilidad equitativa en tiempo y forma a los nuevos medicamentos, del cáncer, así como garantizar el acceso rápido a la atención especializada ante signos o síntomas de alarma en el caso de pacientes en seguimiento compartido con atención primaria. También es importante evaluar los resultados en salud de los tratamientos.

Tiene especial interés para mejorar la atención a las personas con cáncer en la infancia y en la adolescencia, establecer una red asistencial integrada para la atención, cubriendo todo el circuito asistencial las personas y garantizando cuando sea necesario la concentración de la atención en las unidades con la máxima experiencia. El atender a las personas con cáncer en la adolescencia en entornos adecuados con flexibilidad para adaptar el límite de edad a la situación de cada persona es un objetivo importante que se recoge en esta estrategia.

LÍNEA ESTRATÉGICA: SISTEMA DE INFORMACIÓN EN CÁNCER

Facilitar la información periódica a diferentes niveles y tipos de usuarios y usuarias: ciudadanía, asociaciones de pacientes, personas responsables de la gestión sanitaria, personal sanitario, con información relevante de los factores de riesgo y de la situación del cáncer es importante para el abordaje y el manejo de estas enfermedades. Además ayuda a colaborar e impulsar proyectos de investigación a nivel Europeo, en el Estado Español y en la Comunitat Valenciana.

LÍNEA ESTRATÉGICA: INVESTIGACIÓN

Potenciar las líneas de investigación poniendo énfasis en las líneas con perspectiva poblacional y de género, de promoción de la salud y prevención del cáncer, incrementando las ayudas a los proyectos de investigación en cáncer en la Comunitat Valenciana es una prioridad para la





Conselleria de Sanitat Universal y Salud pública. Sólo de este modo se puede avanzar en el conocimiento y la disminución del impacto del cáncer en la sociedad.

Para lograr todo lo propuesto en la estrategia, se requiere de la formación continua de todo el personal sanitario implicado en la prevención, la atención y cuidados y la investigación en el cáncer así como la colaboración de todas las administraciones.





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 del personal sanitario, asociaciones ciudadanas 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 (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 han facilitado 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 personas adultas como para el cáncer infantil y, más recientemente, para el cáncer en la adolescencia; 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 las personas 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 las personas con historia de cáncer con una visión de atención integral abarcando todos los ámbitos de la salud: la atención sanitaria, psicológica y la prevención y atención a las secuelas, así como la atención multidisciplinar y la implicación de todos los dispositivos asistenciales centrados en las personas, proporcionan una atención de mayor calidad y experiencia lo más cercana posible requiere del 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 del personal sanitario y de la ciudadanía.





2.- IMPACTO DEL CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA MENSAJES CLAVE

INCIDENCIA

El cáncer es la principal carga de enfermedad en la Comunitat Valenciana 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 a lo largo de la vida en los hombres es de 1 de cada 3. En las mujeres el riesgo es de 1 de 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 a partir de los 55 años. La edad media de los hombres diagnosticados es de 68 años. La edad media de las mujeres es de 65 años.

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

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

El cáncer es poco frecuente en los más jóvenes (0-19 años). El número de casos anuales nuevos está alrededor de los 170, lo que supone un 0,7% del total. Su importancia se atribuye a ser la primera causa de muerte entre los 5 y 14 años y a los posibles efectos tardíos y discapacidades en la adolescencia. Los cánceres más frecuentes son las leucemias (24%), los tumores del sistema nervioso central (23%) y los linfomas (16%)

MORTALIDAD

Una media de 30 personas de la CV muere 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.

El número de muertes por cáncer en menores de 20 años en la Comunitat se sitúa en 37.





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 del 87%. La del cáncer de pulmón 17% y la de páncreas 6%

En población infantil y adolescente la supervivencia a los 5 años es del 80%, aunque en los menores de 1 año la supervivencia es peor. Se ha observado una mayor supervivencia en las cohortes de diagnóstico más reciente.

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.



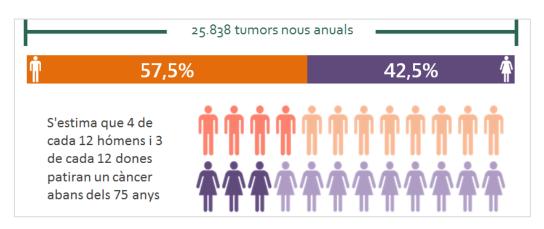


2.1.- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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 de nuestro entorno. La vigilancia de este problema se convierte pues, en fundamental. La magnitud se expresa mediante los indicadores de incidencia, mortalidad y 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 en CV 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.

(hay que ponerlo en castellano , también)



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 la población infantil (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.

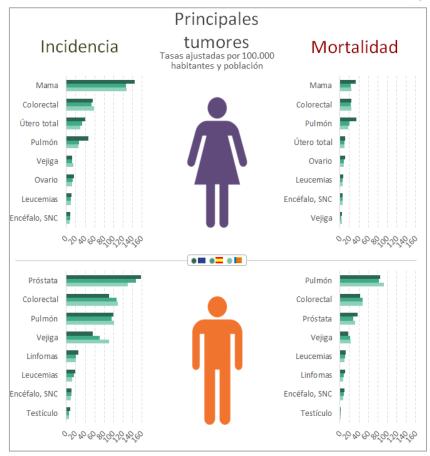
Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer

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 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 .

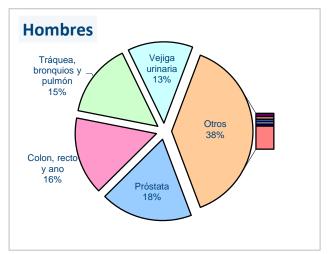


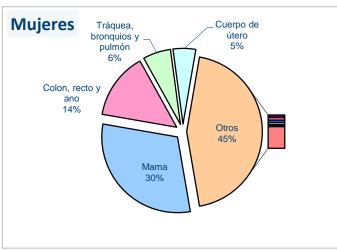




Fuente: El cáncer en cifras 2015. Sistema de Información sobre Cáncer Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. Dirección General de Salud Pública (DGSP).

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



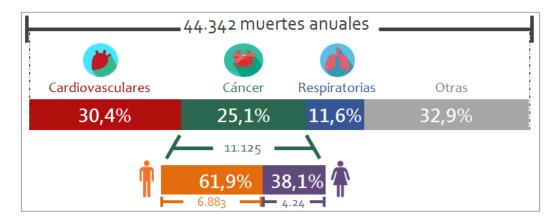


Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. Dirección General de Salud Pública (DGSP).





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 en 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 contario, 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.



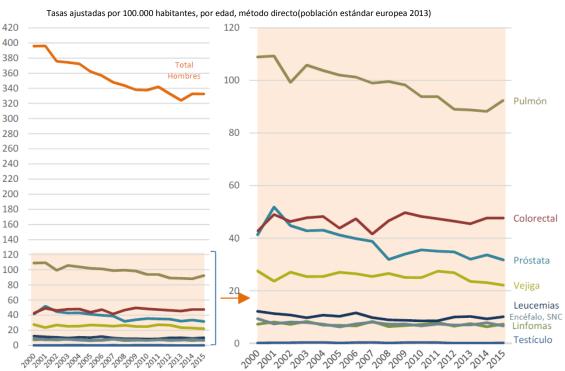


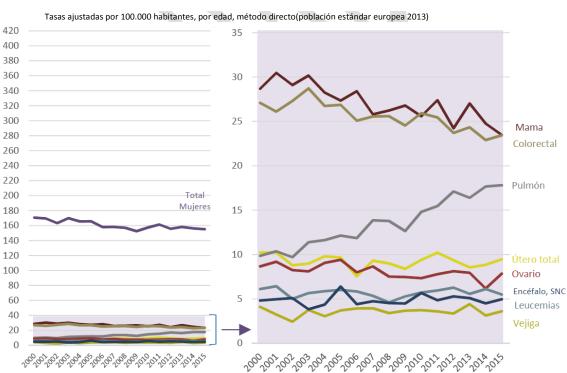
	Principales cau	sas da	muerte por grandes	arupos	on la Comunitat Val	lonoion	a por grupos do odo	d on 2	016 Hambras	
	Fillicipales cau	sas ue	muerte por granues	grupos	s en la Comunitat val	lencian	ia por grupos de eda	iu en z	o to. Hombres	
	0 a 34 años	%	35 a 54 años	%	55 a 74 años	%	75+ años	%	Total	%
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 cau	ısas de	muerte por grandes	grupos	s en la Comunitat Va	lencia	na por grupos de eda	ad en 2	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%
	Causas externas de	12,0%	Causas externas de	7,5%	Enfermedades del sistema	5,9%	Enfermedades del sistema respiratorio	10,5%	Enfermedades del sistema	0.50/
3ª causa	morbilidad y de mortalidad	12,070	morbilidad y de mortalidad	1,070	respiratorio		respiratorio		respiratorio	9,5%
4ª causa	morbilidad y de mortalidad Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9,1%	morbilidad y de mortalidad Enfermedades del sistema digestivo	4,5%	Enfermedades del sistema nervioso	4,8%	Enfermedades del sistema nervioso	9,5%	Enfermedades del sistema nervioso	8,5%





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





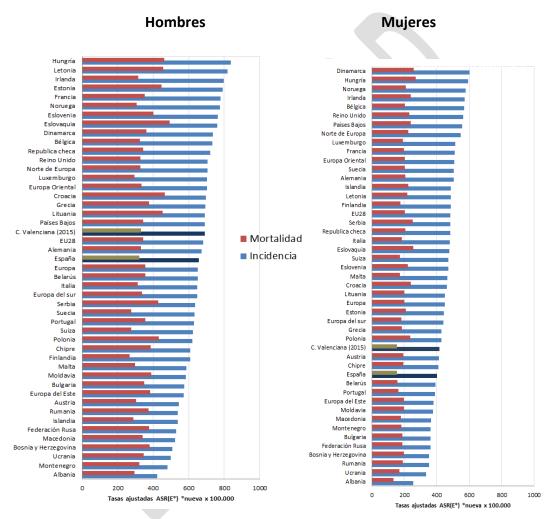
Fuente: El cáncer en cifras 2015. Sistema de Información sobre Cáncer Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. Dirección General de Salud Pública (DGSP).





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 Disponible en https://ecis.jrc.ec.europa.eu, consultado 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.

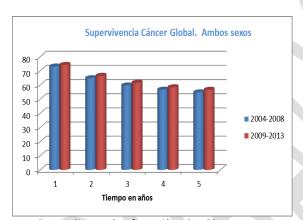
Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias

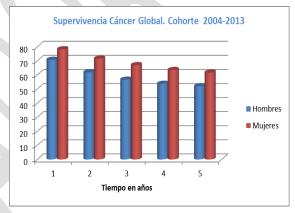




La supervivencia relativa (SR) para todos los tipos de cáncer a los 5 años es del 52% en hombres y 62 % en mujeres. La diferencia es estadísticamente significativa entre sexos y podría explicarse, entre otras, por una distribución de tipos y frecuencias de cáncer diferente. A esto se podría añadir que 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 valorar otros factores contribuyentes para poder confirmar esta tendencia.

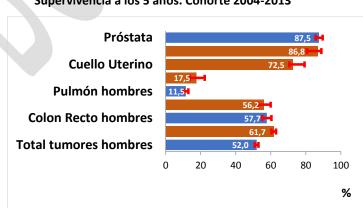




Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer

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.

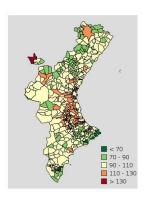


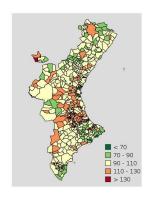


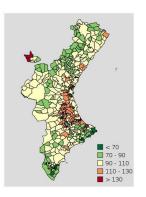
Incidencia de Cáncer en la Comunitat valenciana

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 diagnosticados 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 las personas 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





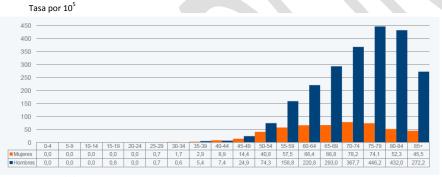
desarrollar cáncer de pulmón en las mujeres estaba en una de cada 110 en el año 2007 y en 2015 se estima que una de cada 60 mujeres podría desarrollar este tipo de tumor.

Los hombres tienen unas tasas de incidencia similares a Europa (EU28): (tasa 97,7 x10⁵ 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.

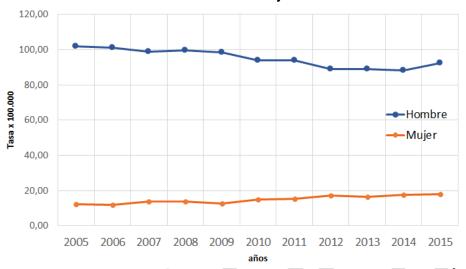
Desde el año 2.000 la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres ha venido descendiendo, con un decremento porcentual del 15%. En el año 2015 supone 29% del total de muertes por cáncer en hombres (1.966 muertes) y ocupa la primera posición, con una tasa de 92,4 muertes por cada 100.000 hombres. Es el 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 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 Mortalitad 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 distintos entre ambos sexos.

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

	Supervivencia Relativa								
Tiempo en años	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

	Supervivencia años.Periodo d 2004-2013.	e incidencia:	Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio II		Supervivencia años .Periodo d 2004-2013. E	e incidencia:	Supervivencia Relativa a 5 años.Periodo de incidencia: 2004-2013. Estadio IV	
Grupo Tumoral	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)

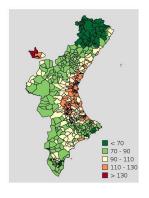
Fuente: Sistema de Información sobre Cáncer.

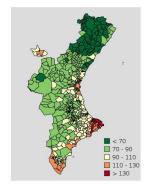
Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos Estadísticas Sanitarias. DGSP

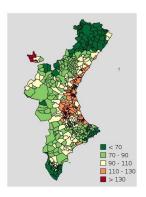
En la distribución geográfica de la mortalidad por cáncer de pulmón se observa un patrón diferente en los municipios de la costa y del interior. En gran medida las muertes por cáncer de pulmón se sitúan en la costa de nuestro territorio.

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

RMEs Ambos sexos	RMEs Mujeres	RMEs Hombres	
I I	1	11	







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





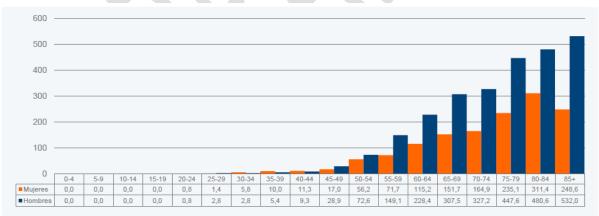
Cáncer de colon, recto y ano (CIE10: C18-21).

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

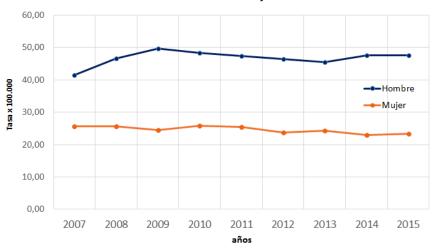




desde el año 2000, que ha supuesto un incremento porcentual del 8%. En mujeres la tasa de mortalidad en 2015 por este tipo de cáncer es de 23,4 muertes por cada 100.000 mujeres. Desde el año 2000 la mortalidad en éstas ha tenido un decremento acumulado del 9%.

Cáncer de colon, recto y ano. Evolución de la mortalidad 2007-2015

Tasa de mortalidad ajustada



Tasa ajustada por edad, método directo (población estándar europea 2013) por 10⁵ habitantes. Fuente : Registro de Mortalitad de la Comunitat Valenciana.

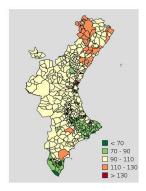
Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

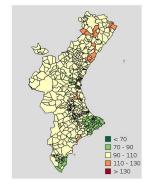
En cuanto al territorio tanto para mujeres como por hombres, se observa un patrón de mayor mortalidad en el norte y en la costa por este tipo de tumor en el territorio valenciano

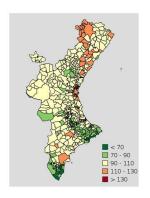
Representación de la mortalidad por cáncer de colon, recto y ano Comunitat Valenciana 2000-2015

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 colorectal a los 5 años Periodo 2004-2013

	Supervivencia Relativa							
Tiempo en años	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

	10.1040 500 1 2020												
		Sup	ervivencia Relat	tiva a 5	Supervivencia Relativa a 5			Supervivencia Relativa a 5			Supervivencia Relativa a 5		
		años	.Periodo de inci	idencia:	años	años.Periodo de incidencia:		años.Periodo de incidencia:			años.Periodo de incidencia:		
		2	004-2013. Esta	dio I	2004-2013. Estadio II		2004-2013. Estadio III			2004-2013. Estadio IV			
			Supervivencia	I.de C.		Supervivencia	I.de C.		Supervivencia	I.de C.		Supervivencia	I.de C.
Grupo Tun	noral	Ν	Relativa	al 95%	N	Relativa	al 95%	Ν	Relativa	al 95%	N	Relativa	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).

Fuente: Sistema de Información Oncológico.

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- $(158,5 \times 10^5 \text{ hab. con } 375.842 \text{ casos})$ y a España $(147,9 \times 10^5 \text{ hab. con } 31.728 \text{ casos})$ según las proyecciones del ECIS para el año 2018.

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

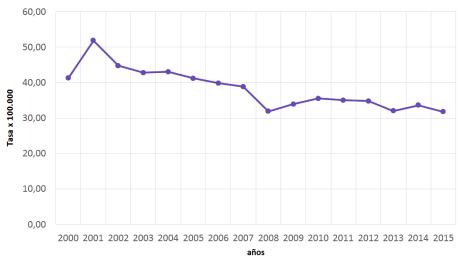
Desde el año 2001 la mortalidad por este cáncer ha descendido de forma progresiva desde una tasa en ese año de 41 por 100,000 hombres (512 muertes) hasta una tasa de 32 por 100.000 hombres (601 muertes) en el año 2015. En 2015 ha supuesto el 9% de todos los cánceres en hombres. El 87% de las muertes 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 ajustada por edad, método directo (población estándar europea 2013) por 10⁵ habitantes.

Fuente : Registro de Mortalitad 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

	Próstata						
Tiempo en años	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

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

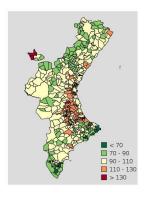
Por lo que se refiere a la mortalidad en el territorio, se observa en el periodo 2000-2015 un aumento en el interior y norte de la provincia de Castelló y también en la provincia de Valencia, que coincide con municipios con menos población y más envejecida, lo cual se corresponde con la alta supervivencia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

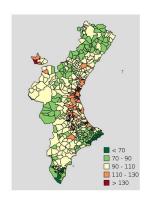
Representación de la Mortalidad por Cáncer de próstata. Municipios de la Comunitat Valenciana. 2000-2015 Razón de mortalidad estandarizada suavizada (RMEs)

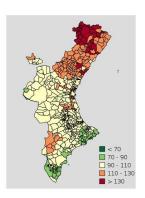
RMEs Todas causas Hombres RMEs T

RMEs Todos los tumores Hombres

RMEs Cáncer de próstata







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



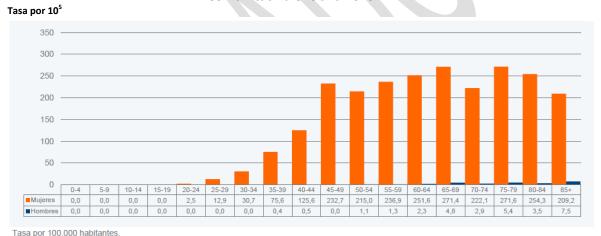


Cáncer de mama (CIE10: C50).

Es el tumor más frecuente en las mujeres y, con ligeras oscilaciones, la incidencia se mantiene estable. En el año 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



CV: Comunitat Valenciana

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



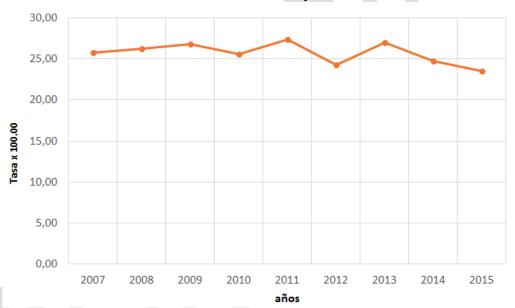


En 2015, la mortalidad total por tumores en mujeres fue de 4.242, atribuyéndose 644 muertes al cáncer de mama. Ocupa el **primer lugar en la mortalidad por tumores en mujeres**, suponiendo un 15% de las muertes por cáncer. La tasa de mortalidad es de 23,5 muertes por 100.000 mujeres.

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 Mortalitad 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

	Mama Femenina				
	Supervivencia				
Tiempo en años	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

	Supervivencia Relativa a 5		Supervivencia Relativa a 5		Supervivencia Relativa a 5		Supervivencia Relativa a 5	
	años.Periodo de incidencia:		años.Periodo de incidencia:		años.Periodo de incidencia:		años.Periodo de incidencia:	
	2004-2013. Estadio I		2004-2013. Estadio II		2004-2013. Estadio III		2004-2013. Estadio IV	
Grupo Tumoral	Supervivencia	I.de C.	Supervivencia	I.de C.	Supervivencia	I.de C.	Supervivencia	I.de C.
	Relativa	al 95%	Relativa	al 95%	Relativa	al 95%	Relativa	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.

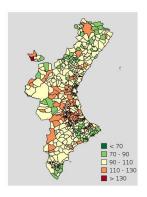
Representación de la mortalidad por cáncer de mama Municipios de la Comunitat Valenciana. 2000-2015

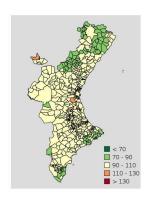
Razón de mortalidad estandarizada suavizada (RMEs)

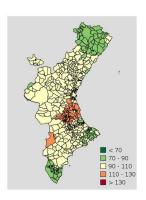
RMEs Todas causas Mujeres

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.





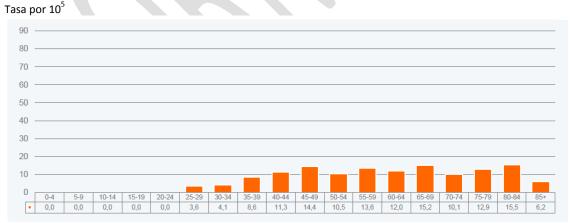
Cáncer de cuello de útero (CIE10: C53).

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 9.8×10^5 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 100.000 habitantes.

Fuente: Sistema de Información Oncológico.





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

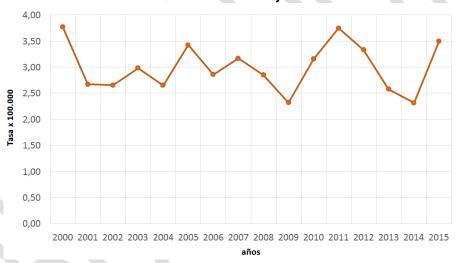
Edad (años)	N° de muertes	Frecuencia (%)
<35	12	5,9%
35-64	127	62,9%
>64	63	31,2%
Total	202	100,0%

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 100.000 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 Mortalitad 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

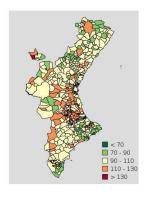


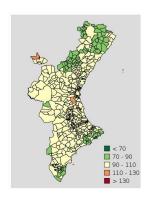


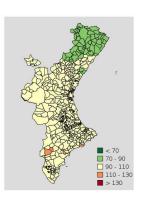
Representación de la mortalidad por cáncer de cérvix. 2000-2015 Municipios de la Comunitat Valenciana

Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada (RMEs)

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







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 2009-2013.

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

	Cuello uterino					
Tiempo en años	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

	Supervivencia Re años. Period incidencia: 200 Estadio	lo de 4-2013.	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	
Grupo Tumoral	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 Mortalitad de la Comunitat Valenciana. 2016

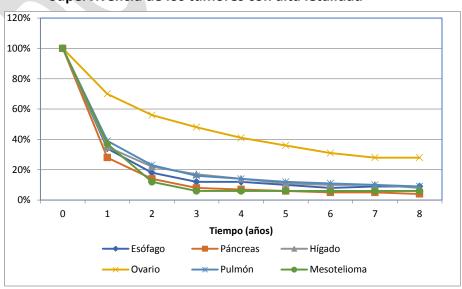
Elabora: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP

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. LOS CÁNCERES 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



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 de15 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 a 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.

				-		
			Inci	dencia		
Sexo	Nº de Casos	Tasa Bruta	Ts Ajustada (Pobl. Europea)	l. de C. (95 %)	Ts Ajustada (Pobl. Mundial)	l. 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)
			Mor	talidad		
Sexo	Nº de Defunciones	Tasa Bruta	Ts Ajustada (Pobl. Europea)	l. de C. (95 %)	Ts Ajustada (Pobl. Mundial)	l. 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	(20.5 · 47.7)	38.2	/ 20.9 · 49.4

Tasas brutas 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 (H/M=1,2).

Cabe señalar la diferente afectación entre grupos tumorales y la edad. Podemos observar cómo tumores de origen embrionario: neuroblastomas, retinoblastomas, nefroblastomas y

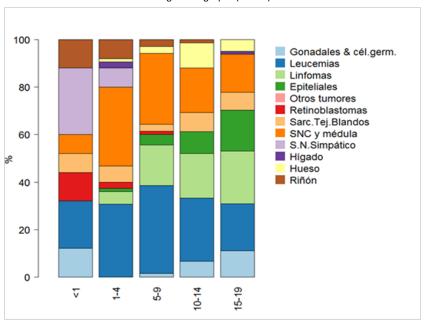




también las leucemias suelen aparecer en menores de 10 años. A partir de esa edad se dan los tumores óseos, linfomas y los epiteliales y melanomas. Estas diferencias se corresponden a las observadas en toda la serie con un patrón constante de afectación.

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





(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 población infantil y adolescente el 75% corresponde al subgrupo de leucemias linfoblásticas agudas (LLA).

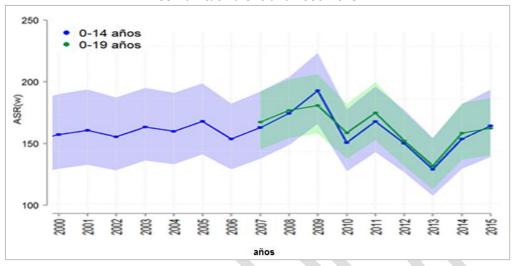
Entre los tumores sólidos la mayor proporción viene representada por los tumores de SNC y médula con un 23% y una ASRw para ambos sexos de39 casos por millón. El siguiente grupo tumoral lo constituyen los linfomas con el 15% y una ASRw de 23 casos por millón de habitantes.

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 en la infancia y la adolescencia en la 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. 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.

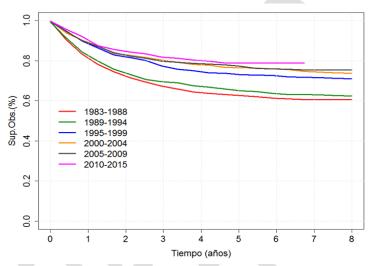
En cuanto a la evolución temporal de la supervivencia, las cohortes de diagnóstico más recientes muestran mejores probabilidades de supervivencia.





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 de la infancia y adolescencia sigue un patrón similar al observado en otros registros europeos.





2.2.5. SUPERVIVENCIA DE LAS PERSONAS 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 colorrectal 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 colorrectal.

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 cánceres 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.

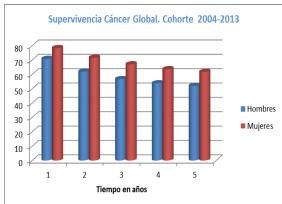
Al comparar la supervivencia entre las cohortes diagnosticadas en 2004-2008 y 2009-2013, observamos valores, para el grupo global y el cáncer colorrectal, que tienden a indicar una mejora en el tiempo, si bien se necesitaría cohortes más numerosas o mayor distanciamiento en el tiempo para confirmar esta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

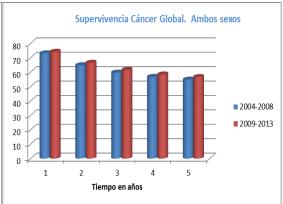
La hipótesis más probable que explicaría la tendencia evolutiva favorable de la supervivencia en el grupo global y el cáncer colorrectal está ligada a una mayor eficacia de tratamiento. El impacto del cribado debe ser valorado. La modificación de hábitos sería también un parámetro a considerar.

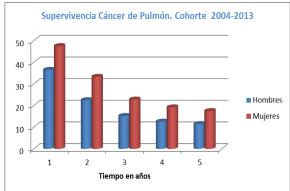
La supervivencia relativa muestra diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes estadios, tanto en hombres como en mujeres, salvo el caso de los estadios I y II, en hombres, en el que no se evidencia diferencia significativa.

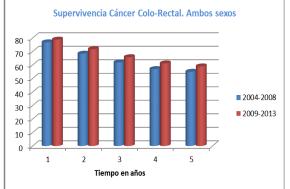












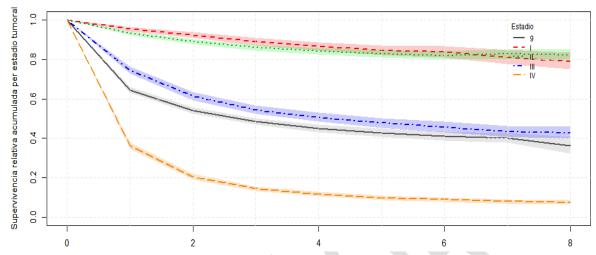
	Supervivencia Relativa a 5 años de los pacientes diagnosticados en el periodo 2004-2013 en Castellón			· ·			Supervivencia Relativa a 5 años de los pacientes diagnosticados en el periodo 2009-2013 en Castellón		
		Supervivencia	I.de C.	Supervivencia I.de C.				Supervivencia	I.de C.
Grupo Tumoral	N	Relativa	al 95%	N	Relativa	al 95%	N	Relativa	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

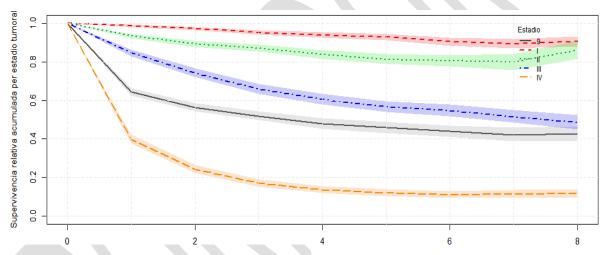




Supervivencia relativa por estadios. Cáncer en todos los grupos tumorales. Hombres



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

El texto de la gráfica en castellano





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 del personal sanitario 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 Valencia 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:

- 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 como una prioridad la incorporación en 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 la ciudadanía.
- 9. Utilización de nuevas tecnologías y potenciación de Salud 2.0.



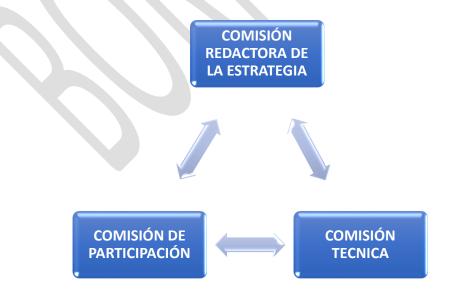


3.3.- LÍNEAS DE ACTUACIÓN



3.4-COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO

Para la elaboración de esta estrategia, se han constituido las siguientes comisiones:



• Comisión técnica para la redacción 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 personal sanitario 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]
- Comisión Técnica de la Estrategia. [ver anexo]

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

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.

Está 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 26.000 nuevos tumores primarios. VENT_NEOS permite informar por hospital, departamento y Comunitat Valenciana. VENT-NEOS permite obtener informes información relevante presentada de forma muy resumida y gráfica 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. 	 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 del personal sanitario y las personas responsables de la gestión sanitaria. Gran esfuerzo para la confirmación de casos por la dificultad del acceso a la información El decalaje 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/as sanitarios/as. Dificultad de dar respuesta a diferentes colectivos con necesidades diversas.





DE ORIGEN EXTERNO

OPORTUNIDADES

- Integración de ORION CLINIC en VENT -NEOS
- Integración de ALUMBRA en VENT: -NEOS
- Integración con KARVIS
- Integración con SIGMA
- Integración con SISVEL
- Marco legal para las subcomisiones de tumores en los hospitales a través de ORION-CLINIC o de VENT-NEOS
- Posibilidad de explotación de la información contenida en los protocolos corporativos de APA en los laboratorios

AMENAZAS

- Contrataciones externas de informática y de revisión de información sobre casos.
- Dificultad para difundir al personal sanitarios implicado, los datos necesarios adecuándose a las necesidades de información requeridas por los/as decisores/as.
- Inestabilidad en las plantillas debida a los concursos pendientes de oposición o traslado.
- Los/las profesionales de salud pública especialistas optan a plazas hospitalarias mejor remuneradas.





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.	 Formación limitada del personal sanitario en uso de estrategias: consejo de salud en atención primaria ante rechazos vacunales. 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. Falta de campañas institucionales de información a través de los medios de comunicación





OPORTUNIDADES

- 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.

AMENAZAS

- 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 sobre la seguridad de la vacuna frente al virus del papiloma
- 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/as).
- Integración intra e interinstitucional con otras áreas de conocimiento en relación a los determinantes de salud.

DE ORIGEN EXTERNO





Línea estratégica: Prevención Secundaria

	PUNTOS FUERTES	PUNTOS DÉBILES
DE ORIGEN INTERNO	 Valoración positiva del personal sanitario Sistemas de información potentes en los que se apoya la evaluación del cribado de cáncer (mama y colorrectal) Procesos y subproceso bien definidos Fortalezas	 Transición a la digitalización en modo de cambio (cribado de cáncer de mama) Falta de recursos de profesionales (especialmente en cribado de cáncer colorrectal) 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	 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 	 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 	 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 las personas con cáncer a seguimiento compartido y a cuidados paliativos Sistemas de información que identifiquen proceso asistencial (plazos, plan terapéutico) Integración entre sistemas de información corporativos Falta formación especializada y recursos en la atención a la infancia y adolescencia
DE ORIGEN EXTERNO	 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 Participación en Redes Europeas de Referencia: Red PAED_CAN y EUROCAN. 	 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 las que en general se valora que esta estrategia recoge los retos más importantes para los próximos años, se ha incorporado las aportaciones que han sido realizadas y valoradas dentro del marco de esta Estrategia contra el Cáncer.

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 ACCCIONES

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.

Está 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 al personal sanitario 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 la ciudadanía sobre lo que pueden hacer por ellos/as o por su familia para reducir el riesgo de cáncer.

Dentro de las recomendaciones siempre se han incluido medidas relacionadas con dejar de fumar, realizar 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 de cérvix...

El nuevo código refuerza con intensidad las acciones contra el consumo del tabaco. Recomienda 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 población infantil 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/as 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 el personal sanitario y a 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
 Difusión del código Europeo Contra el Cáncer 	1.1 Elaborar diferentes materiales dirigidos a la población y al personal sanitario.
	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
	1.4 Difundir el Código Europeo Contra el Cáncer en las Webs de los Ayuntamientos adheridos a XarxaSalut.
	1.5 Formar al personal sanitario de la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública en prevención primaria del cáncer.
2Promover políticas para favorecer entornos saludables	2.1 Elaborar un código dirigido a las entidades locales para conseguir un entorno favorable a la prevención del cáncer a través de la acción local en salud

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 la ciudadanía 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 consuma 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
3 Aumentar en un 7% la población adulta consumidora de 5 frutas/verduras al día	3.1 Estrategia de alimentación y actividad física
3.1 Aumento en un 5% la población adulta consumidora de 2 o más frutas/día	3.2 Plan de frutas y verduras en los centros educativos
3.2 Aumentar en un 5% la población adulta consumidora de 2 o	3.3 Plan de seguimiento de los comedores escolares de la Comunitat
más verduras/día	3.4 Decreto de fomento de la oferta alimentaria en la administración pública
	3.5- Formar al personal sanitario de la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública en materia de nutrición y alimentación, actividad física recomendable y





	deshabituación tabáquica
	3.6 Campañas para la disminución del consumo de refrescos azucarados.
4 Reducir la inactividad y el sedentarismo:4.1 Aumentar en un 5% la población	4.1Estrategia de alimentación y actividad física
que realiza actividad física en su tiempo libre (30 min/día)	4.2 Fomento de la prescripción de actividad física desde los centros de salud
4.2 Disminuir en un 5% la población que no realiza ningún tipo de actividad física en su tiempo libre (30 min/día).	4.3 Desarrollo de programas municipales de promoción de actividad física a través de XarxaSalut
5 Invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de obesidad en la población	5.1 Plan de seguimiento de los comedores escolares de la Comunitat
valenciana 5.1 Detener el aumento de la prevalencia de obesidad infanto-	5.2 Plan de frutas y verduras en los centros educativos
juvenil 5.2 Reducir un 2% la prevalencia de	5.3 Desarrollo del programa de transporte activo y seguro a la escuela
obesidad en la población adulta	5.4 Establecimientos de ambientes facilitadores para la práctica de actividad física en los municipios, centros laborales y otros.
	5.5 Prescripción de la actividad física desde los Centros de Salud
	5.6 Establecimiento del consejo dietético
6 Reducir a menos del 20% de la prevalencia de consumo de tabaco (habitual + esporádico) en la población adulta valenciana	6.1. Establecimiento de una estrategia de prevención y control del tabaquismo
7 Reducción de 10% de los consumidores jóvenes (14-18 años) de alcohol en los	7.1 Impulso de programas de prevención de adicciones en la escuela
últimos 30 días	7.2 Campañas de concienciación sobre los perjuicios del consumo de alcohol.
	7.2 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 contaminantes que pudieran estar presentes en el agua de consumo humano, se encuentra el arsénico, que es una sustancia reconocida por la IARC como carcinógeno humano, del Grupo 1. Otros contaminantes pertenecen a los Grupos 2A y 2B de la IARC.

Desde la DG de Salud Pública, se desarrolla el *Programa de Vigilancia Sanitaria del Agua de Consumo Humano* que permite la identificación y seguimiento de todos los parámetros de calidad del agua que marca la normativa, comprobando que cumplen con los valores límite establecidos en la norma legal.

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 al personal sanitario sobre factores ambientales de cáncer, a través de cursos incluidos en el plan de formación de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.

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).). El radón es la segunda causa más importante de cáncer de pulmón después del tabaco. Se estima que la proporción de los casos de cáncer de pulmón a nivel nacional atribuibles al radón con respecto al total varía de un 3% a un 14%, en función de la concentración media nacional de radón y de la prevalencia de consumo de tabaco del país. 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. Resulta por tanto de interés, ampliar el conocimiento sobre la situación de exposición a radón en la población valenciana. , para lo que, en un principio, partimos de la información que recoge el mapa predictivo de exposición al radón en España del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN).

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 benzeno, 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 OMS indicó que en





2012, 227.000 muertes por cáncer de pulmón a nivel mundial se derivaron de la contaminación atmosférica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
8 Mejorar el conocimiento sobre el riesgo de exposición a radón y su impacto sanitario en la Comunitat Valenciana	8.1 Establecer un plan de determinaciones de radón, que incluya edificios públicos con población sensible
	8.2 Georreferenciar las zonas con mayores concentraciones de radón.
	8.3 Difusión de información al personal sanitario y a la población general sobre el riesgo de exposición a radón.
9 Fortalecer la vigilancia sanitaria de la contaminación atmosférica	9.1 Constituir una Comisión con participación de los distintos actores implicados en la vigilancia y control de la calidad del aire y la administración sanitaria.
	9.2Desarrollar y dar traslado de recomendaciones sanitarias ante episodios de contaminación atmosférica.
	9.3 Disponer de indicadores sanitarios en materia de calidad del aire.
	9.4 Georreferenciar las industrias con emisión de cancerígenos (Grupo 1) y probables cancerígenos (Grupo 2A).

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 (), 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
10Reducir la exposición a cancerígenos laborales y exposiciones a productos químicos con riesgo potencial como cancerígenos	10.1Elaboración y difusión de la relación de posibles agentes cancerígenos por exposición laboral u ocupacional en CV
	10.2 Evaluación de la información suministrada con los productos químicos que se incluyan en las actividades de seguridad química en relación con su carcinogéneicidad y su prevención
	10.3Iniciar el catálogo de edificios públicos con amianto.
	10.4Reducir las exposiciones a productos químicos con riesgo potencial como cancerígenos y otros efectos graves para la salud humana y medioambiental, derivadas de su uso en actividades como limpieza, jardinería, mantenimiento o control de plagas de edificios públicos, haciendo llegar, a las entidades e instituciones públicas responsables de esas actividades, criterios técnicos y legales, que les ayuden en que las licitaciones públicas de compras y contratación de servicios sobre dichas actividades.
11Mejorar el reconocimiento de los	11.1Elaboración y publicación de criterios para la comunicación y calificación de los





cánceres que sean enfermedad profesional

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 %. No existen diferencias significativas por sexo en las coberturas de vacunación frente a la Hepatitis B en el primer año de vida

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 orofaringeo. 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 de la Colaboración Cochrane una de las organizaciones de revisión de estudios médicos más importantes del mundo han concluido la seguridad de esta vacuna.

El trasladar información sobre le evidencia científica acumulada de la seguridad de la vacuna del papilomavirus tanto al personal sanitario como a la población en general para aclarar las dudas existentes sobre la misma y que se reflejan en algunos medios de comunicación y sobretodo en redes sociales.

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 Sistemas 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 perdida 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)

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





OBJETIVOS ESPECÍFICOS

12.-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.

- 12.1-Potenciar los sistemas de captación activa de la población diana , (cohortes de nacimiento 12 y 13 años)a la que se dirige la vacunación a través del Sistema de Información Vacunal (SIV)
- 12.2-Difundir los resultados de cobertura vacunal entre el personal sanitario implicado en el programa y a la población general
- 12.3-Desarrollar y difundir tanto a profesionales sanitarios como a la población la evidencia científica sobre la seguridad de las vacunas frente al papilomavirus
- 13-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 %.
- 13.1-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)
- 13.2-Difundir los resultados de cobertura vacunal entre el personal sanitario implicado en el programa y a la población
- 14.- Fomentar la vacunación en grupos de riesgo (frente al virus del papiloma humano en mujeres con tratamiento escisional de cérvix, frente al virus del papiloma humano en pacientes VIH positivos de ambos sexos, hombres que tienen sexo con hombres (HSH)) y en personas con cáncer y hemopatías malignas así como en convivientes
- 14.1.-Incorporar la vacunación frente al virus del papiloma humano en grupos de mayor de riesgo (mujeres sometidas tratamiento escisional de cérvix, en pacientes VIH positivos de ambos sexos y hombres que tienen sexo con hombres (HSH))
- 14.2--Incorporar las acciones y consejos de vacunación en las personas con cáncer y hemopatías malignas y en los convivientes cercanos
- 14.3 Elaborar y publicar los protocolos de vacunación en personas con condiciones de riesgo.
- 14.4 Potenciar la formación del personal sanitario mediante la realización de cursos on line a través de la EVES sobre la vacunaciones en personas de grupos de riesgo





5.1.5.- PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

El inicio precoz de la lactancia materna comporta a corto plazo grandes beneficios, no solamente para la criatura, 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 las criaturas 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, 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



OBJETIVOS ESPECÍFICOS



(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 población infantil que sigue 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.

ACCIONES

15.3.-Proporcionar

15. Fomentar la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses del nacimiento	15.1Proporcionar atención neonatal continuada entre la maternidad y la atención primaria dirigida a apoyar la lactancia materna.
	15.2Promover el contacto precoz madre- recién nacido y el inicio de la lactancia materna en las dos primeras horas tras el nacimiento.

atención

asesoramiento en lactancia materna a las

mujeres que opten por amamantar.





- 15.4.-Ofrecer apoyo de las acciones dirigidas a reforzar el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.
- 16. 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/a lo deseen.
- 16.1.-Mejorar los sistemas de registro informático para poder introducir la información sobre tipo de lactancia ofrecida por la madre en la historia de la criatura, en las revisiones sistemáticas establecidas en el Programa del/la niño/a sano/a.
- 16.2.-Fomentar actitudes positivas de la sociedad hacia el amamantamiento.
- 16.3.-Realizar mapa de activos de grupos de apoyo más cercanos o talleres de lactancia del centro de salud.
- 16.4.-Apoyar las iniciativas que faciliten la práctica de la lactancia materna en lugares públicos y centros de trabajo.
- 16.5.-Difundir la evidencia y reconocer el valor de amamantar como una intervención para promover la salud por igual en las criaturas y en 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.





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.

(Este Programa está pendiente de revisión y transformación en programa poblacional)

 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

17.- 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

- 17.1.- Evaluar el balance entre beneficios y efectos adversos de manera sistemática. Asegurar la integración entre los sistemas de información que contienen información relevante para esta evaluación.
- 17.2.- Desarrollar estrategias que permitan avanzar en la equidad en el acceso a los programas de cribado poblacional
- 18.- Elaborar un programa poblacional de
- 18.1.-. Establecer la transición del cribado





cribado de cáncer de cérvix y analizar la viabilidad de su implantación en todos los departamentos de salud.

oportunista de cáncer de cérvix a cribado poblacional en todos los departamentos de salud. Realizar una propuesta piloto en dos departamentos de Salud

- 19.- Estimar el balance entre beneficios y riesgos incorporando la participación informada en posibles nuevas actividades de cribado.
- 19.1 Identificar los beneficios y efectos adversos por grupos de edad y sexo.
- 20.-Elaborar implementar e una Recomendación de No Hacer sobre estrategias, conseios intervenciones inadecuadas en cribado de cáncer basado en la evidencia científica y la eficiencia, eficacia y efectividad de las mismas
- 19.2.- Incorporar las innovaciones relacionadas con estrategias dirigidas a la participación informada
- que población sobre la participación informada en cribado de cáncer de mama, colorrectal y cérvix

20.1.- Difundir las recomendaciones para

- 20.2.- Difundir recomendaciones de No Hacer para otros cribados de cáncer
- 20.3.- Revisar sistemáticamente la aplicación de los principios éticos en la implementación de las acciones de cribado
- 21.- Incorporación de la secuenciación masiva en el Programa de Consejo genético en Cáncer
- 21.1. 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-Clinic 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-Clinic y MIZAR. En SIA están disponibles los informes generados desde Orion-Clinic.

La Orden 02/2015 de la Consellería deSanidad, 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 multidisciplinares e integrados, como los comités de tumores que planteen la decisión terapéutica previa al tratamiento y establezcan un plan terapéutico global, en el que participe el personal sanitario implicado en el proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer.

Para ubicar a las personas 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.

La línea pediátrica del hospital a domicilio está disponible en dos de las tres unidades de referencia en oncología pediátrica (Hospital Universitario Politécnico La Fe y Hospital General





Universitario de Alicante. Se ha iniciado en 2018 la tramitación para completar la dotación de recursos que permita su puesta en marcha en el 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 las personas con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas, de cualquier edad, que se encuentren en situación avanzada y/o terminal. La Comunitat Valenciana dispone de dos Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR) relacionados con Oncología Pediátrica en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe: Neuroblastoma, (mayo de 2018) y Sarcomas de la Infancia (abril de 2016).

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 al personal sanitario implicado 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

22.- Establecer redes asistenciales integradas para la atención a tumores en la edad adulta, cubriendo todo el circuito asistencial de las personas (atención primaria, atención especializada, cuidados paliativos, unidades de referencia autonómicas, CSUR y red de referencia europea)

- 22.1.- Constituir las redes asistenciales integradas para la atención a personas con cácner en la edad adulta en la CV
- 22.2.- Designar unidades de referencia autonómica para tumores sólidos
- 22.3.- Establecer criterios de calidad y protocolos de coordinación para las cirugías poco frecuentes de alta complejidad (esófagica, de páncreas, tumores germinales, oncohematológicos...)





- 22.4.-Establecer protocolos de coordinación que aseguren la transición de las personas a seguimiento compartido y a cuidados paliativos
- 22.5.-Potenciar el papel de la enfermería en el cuidado de las personas con cáncer.
- 23.- 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
- 23.1.- Designar al CSUR de sarcoma como unidad de referencia autonómica
- 23.2.- Establecer criterios de calidad y protocolos de coordinación que aseguren la atención adecuada a tumores raros
- 23.3.- Constituir las redes asistenciales integradas para la atención a tumores raros en la CV
- 24.- Atender a las personas diagnosticados de cáncer (población infantil, adolescente y adulta) 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
- 24.1.- Recoger adecuadamente en los sistemas de información el plan terapéutico del paciente establecido en el comité de tumores.
- 24.2.- Promover la continuidad asistencial de las personas con cáncer mediante estrategias de enlace que favorezcan la coordinación durante el proceso de confirmación diagnóstica y tratamiento activo, en particular en pacientes con necesidades sociales
- 25.- Promover la continuidad asistencial de las personas con cáncer y alta complejidad clínica o comunitaria mediante estrategias de gestión de casos basada en atención primaria
- 25.1.- Incrementar la cobertura de la gestión de casos de pacientes crónicos complejos y paliativos en los departamentos
- 26.- Promover la capacidad del personal sanitario de atención primaria y hospitalaria para identificar y tratar los problemas nutricionales que pueden acompañar la enfermedad oncológica durante el tratamiento activo en población infantil, adolescente y adulta.
- 26.1.- Formar al personal sanitario de la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública en materia de nutrición y dietética
- 26.2.- Potenciar el papel de enfermería en tareas educadoras en materia de nutrición y dietética
- 27.- Implementar en todos los dispositivos donde se atienda a personas con cáncer el
- 27.1.- Establecer protocolos de coordinación con las USM que aseguren el acceso a las





abordaje psicosocial y la detección precoz de intervenciones en función de las necesidades 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, recaída, cuidados paliativos)

- 28.- Promover el soporte emocional de todo el personal sanitario que atiende a las personas con cáncer en población infantil, adolescente y adulta, en atención primaria y hospitalaria potenciando las habilidades de comunicación
- 28.1.- Formar al personal sanitario de la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública educación emocional, en comunicación y empatía.
- 29- 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 acompañamiento (esencialmente a través del voluntariado) a las personas con cáncer y sus familias, en la población infantil, adolescente y adulta...
- 29.1 Protocolizar el apoyo psicosocial prestado por las ONG

- 30.- Promover acciones para determinar los resultados en salud de los tratamientos para el cáncer en población infantil, adolescente y adulta.
- 30.1.-Determinar la efectividad del arsenal terapéutico disponible para el tratamiento del cáncer en función de los resultados en salud observados en la práctica clínica.
- 30.2.- 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.





- 30.3.- 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.
- 31.- Hacer partícipe a las personas, 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.
- 31.1.- Formación para registrar el proceso de toma de decisiones y el consentimiento informado en la historia clínica.
- 31.2.- Potenciar escuelas de pacientes

5.3.2.- DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 32.- 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 a las personas en el circuito rápido en atención primaria hasta la primera visita por especialista: 7 días

- 32.1.- 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, en adolescentes, otros)
- 32.2.- Adecuación de indicaciones de endoscopias digestivas y recursos relacionados

- 33.- 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
- 33.1.- 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





cáncer en población infantil, adolescente y adulta.

- 33.2.- Elaborar un plan estratégico en Medicina Personalizada y de Precisión en Cáncer
- 33.3.- Creación de un grupo de expertos para valorar, definir, actualizar, coordinar y protocolizar la cartera de servicios de las pruebas moleculares diagnósticas, pronósticas y de predicción de respuesta a tratamientos antineoplásicos

5.3.3.- TRATAMIENTO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 34.- 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.- Planificar la inversión en instalaciones de radioterapia, en los hospitales de distinto nivel, a fin de evitar retrasos innecesarios en la sustitución y actualización de la tecnología. Mantener equipos de radioterapia actualizados.
- 36.- Establecer criterios de indicación para derivación a pruebas y tratamientos no disponibles en el SNS (pruebas genéticas, terapia de protones...)

ACCIONES

34.1.- Identificar adecuadamente en los sistemas de información el proceso asistencial oncológico en todas sus fases

- 35.1.- Instalaciones previstas en 2018, 2019 y 2020 (concurso en fase de adjudicación).
- 35.2.-Designar unidades de referencia de oncología radioterápica
- 36.1.-Estrategia de Genética de la CV
- 36.2.- Mejorar la Medicina Personalizada y de Precisión en Cáncer con Terapias Avanzadas en Cáncer (terapia celular, terapia génica, nanoterapia, pruebas moleculares en cáncer)
- 36.3- Establecer criterios de indicación para derivación a terapia de protones en población infantil, adolescente y adulta.





- 37.- 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.
- 37.1.- 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.
- 37.2.- Potenciar la inclusión en ensayos clínicos fase I-II como forma de acceso a nuevos fármacos y fármacos diana para la población pediátrica.

5.3.4.- DESPUES DEL TRATAMIENTO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

38.- Establecer y entregar por escrito a las personas con cáncer, 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 población infantil, adolescente y adulta., en estrecha colaboración entre el comité de tumores y el equipo de atención primaria

- 38.1.- Definir el proceso asistencial del seguimiento a largo plazo de pacientes con historia de cáncer, para los cánceres más frecuentes.
- 38.2.- Difundir información adecuada y actualizada sobre los efectos a medio y largo plazo de los tratamientos
- 38.3.- 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..
- 38.4.- 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.
- 38.5.- Favorecer decisiones compartidas





- 39.- 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
- 39.1.- 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.
- 39.2.- 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

40.- Proporcionar cuidados paliativos a las personas 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

- 40.1.- Establecer protocolos de coordinación que aseguren la transición de las personas a cuidados paliativos
- 40.2.- Formación en cuidados paliativos para el personal sanitario que atiende a pacientes oncológicos.
- 40.3 Adecuar recursos de HACLE
- 40.4 Identificar necesidades de cuidados paliativos en pacientes crónicos complejos (NECPAL)





5.3.6.- ATENCIÓN SANITARIA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

41.- Garantizar que la atención al cáncer infantil realice se en unidades multidisciplinares de oncología pediátrica que atención favorezcan la psicosocial educativa, incluyendo la rehabilitación y tratamiento de secuelas en su caso. La planificación del seguimiento se realizará de manera conjunta por los multidisciplinares y los padres, promoviendo la atención compartida con el pediatra de atención primaria.

- 41.1.-Planificación del seguimiento conjunto por los equipos multidisciplinares y los padres, promoviendo la atención compartida con el pediatra de atención primaria
- 41.2.-Establecer protocolos de coordinación que aseguren la transición de las personas con cáncer a seguimiento compartido y a cuidados paliativos
- 41.3.-Constituir la Unidad de Hospital a Domicilio pediátrica en H Clínico U Valencia
- 41.4.- Incluir valoración de las secuelas físicas y neurocognitivas y la rehabilitación en su caso
- 41.5.-Potenciar el uso de guías clínicas existentes para tumores del Sistema Central.
- 42.- Establecer redes asistenciales integradas para la atención a tumores en población infantil y adolescente cubriendo todo el circuito asistencial de las personas (atención primaria, atención especializada, cuidados paliativos, unidades multidisciplinares de oncología pediátrica, CSUR y red referencia europea) que permita la concentración de experiencia la
- 42.1.- Constituir las redes asistenciales integradas para la atención a tumores en la infancia y adolescencia en la CV





(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.

42.2.- Establecer protocolos de coordinación que aseguren la atención adecuada a tumores raros y las cirugías poco frecuentes de alta complejidad. Las cirugías y tratamientos de alta especialización estarán centralizados

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 el personal sanitario de atención primaria

43.1- Instrucción para la atención de adolescentes con problemas oncológicos

43.- Atender a las personas adolescentes 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 a las personas adultas, para garantizar la calidad de la atención a los/as adolescentes y facilitar la transición a las unidades de adultos.





5.4.- SISTEMA DE INFORMACIÓN EN CÁNCER

El Sistema de Información sobre Cáncer (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 y usuarias, desde la comunicación divulgativa a los ciudadanía 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 las personas 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 al personal sanitario de hospitales.

Respecto a la monitorización de los factores riesgos que influyen en la aparición de cáncer, cuya vigilancia es competencia de distintas administraciones, cabe mejorar la acción conjunta poner a disposición la información en esta materia a todas las personas implicadas.





5.4.1. VIGILANCIA EPIDEMIÓLOGICA CONTINUADA, EXHAUSTIVA Y VÁLIDA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
44 Mantener y mejorar las fuentes básicas de datos de los sistemas de información clínicos consolidados	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
45 Mejorar la aplicación informática Vent- Neos explorando e incluyendo nuevas fuentes de información.	45.1 Integrar a la aplicación informática Vent- Neos los casos de cáncer resultantes de los programas de diagnóstico precoz de cáncer.
	45.2. Integrar en la plataforma Vent-Neos el sistema de información en salud laboral: Sisvel
	45.3. Explorar la integración en la plataforma Vent-Neos de otros sistemas de información corporativos clínicos

5.4.2. DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

46.- Facilitar la información periódica a diferentes niveles y tipos de usuarios y usuarias: ciudadanía, asociaciones de pacientes, personas responsables de la gestión sanitaria, profesionales de salud de los Departamentos, con información relevante de cáncer.

ACCIONES

46.1. Mantener y mejorar los diferentes informes: Càncer en Xifres de la Comunitat Valenciana; Informes de combinados de Incidencia y Mortalidad por grupos Tumorales

46.2. Mantener los Informes de hospital y de los días mundiales de cáncer mediante la aplicación Vent-Neos a los personas responsables de la gestión sanitaria y





	profesionales sanitarios.
47 Mejorar la difusión de la información disponible sobre las causas del cáncer y su evolución temporal.	47.1 Recopilar la información disponible por parte de las distintas administraciones en esta materia y difundirlas a la ciudadanía

5.4.3. INVESTIGACIÓN Y COLABORACIÓN CON ESTUDIOS ESPECÍFICOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
48 Colaborar con las Fundaciones Sanitarias corporativas en proyectos de Investigación en relación con el cáncer	48.1 Elaborar un protocolo para ofrecer la plataforma Vent-Neos para la implementación de proyectos de investigación.
	48.2 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.
49 Colaborar e impulsar proyectos de investigación a nivel Europeo, en el Estado Español y en la Comunitat Valenciana.	49.1 Contribuir con los datos de los Registros Poblacionales a la elaboración de indicadores de cáncer en Europa: ECIS (European Cancer Information System).
	49.2 Contribuir en el estudio del cáncer en la infancia y adolescencia con especial atención al seguimiento a largo plazo y a la aparición de los segundos tumores.
	49.3 Emprender proyectos con la finalidad de abordar el análisis territorial del cáncer a nivel de comarcas, barrios y distritos de grandes ciudades.





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 y personas responsables de la gestión sanitaria, 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
50 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	50.1 Identificar los grupos y áreas de investigación en cáncer en la Comunitat Valenciana.
	50.2 Categorizar las infraestructuras disponibles para la investigación en cáncer en la Comunitat Valenciana.
51 Incrementar las líneas de investigación y las ayudas a los proyectos de investigación en cáncer en la Comunitat Valenciana.	51.1Introducir líneas específicas para investigación en cáncer en los programas de fondos europeos.
	51.2Aumentar los fondos destinados a financiar proyectos de investigación en cáncer en la Comunitat Valenciana
	51.3 Favorecer la investigación social aplicada a la prevención del cáncer: Desarrollar plataformas de investigación que faciliten proyectos sobre recursos





comunitarios para la prevención del cáncer o sobre las intervenciones a nivel local para favorecer entornos saludables.

- 52.-Aumentar la colaboración entre los investigadores en cáncer en la Comunitat Valenciana.
- 52.1- Constituir una plataforma de investigadores y grupos de investigación en cáncer
- 52.2.-Elaborar y difundir un mapa de recursos tecnológicos disponibles en las fundaciones.
- 52.3.-Promover medidas para incentivar la investigación en cáncer en el personal sanitario con tareas asistenciales
- 52.4.-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 continuada 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 al personal sanitario 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 del personal sanitario.





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

Las actividades formativas de la CSUySP están 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

6.1.- PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

Objetivo 1

Difusión del código Europeo Contra el Cáncer

1.Realizar de campañas de difusión del Código Europeo Contra el Cáncer

Dicotómico

Objetivo 2

Promover políticas para favorecer entornos saludables

1. Realizar y difundir un código para para conseguir entornos favorables a Dicotómico la prevención del cáncer para entidades locales

6.1.1.- ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, TABACO Y ALCOHOL

Objetivo 3

Aumentar en un 7% la población adulta consumidora de 5 frutas/verduras al día

- 3.1 Aumento en un 5% la población adulta consumidora de 2 o más frutas/día
- 3.2 Aumentar en un 5% la población adulta consumidora de 2 o más verduras/día.
- 1.Medir en el periodo los cambios respecto al consumo de frutas y ESCV adultos verduras en la población adulta

Objetivo 4:

Reducir la inactividad y el sedentarismo:

- 4.1 Aumentar en un 5% la población que realiza actividad física en su tiempo libre (30 min/día)
- 4.2.- Disminuir en un 5% la población que no realiza ningún tipo de actividad física en su tiempo libre (30 min/día).
- 1.Medir en el periodo los cambios respecto a la realización de actividad ESCV adultos y física en la población ESCV infantil
- 2.- Medir en el periodo los cambios respecto a la población sedentaria





Objetivo 5:

Invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de obesidad en la población valenciana

- 5.1.- Detener el aumento de la prevalencia de obesidad infanto-juvenil
- 5.2.- Reducir un 2% la prevalencia de obesidad en la población adulta.
- 1. Medir en el periodo los cambios respecto al Índice de Masa Corporal en la población infantil

ESCV infantil y ESCV adultos

2.Medir en el periodo los cambios respecto al Índice de Masa Corporal en la población adulta

Objetivo 6:

Reducir a menos del 20% de la prevalencia de consumo de tabaco (habitual + esporádico) en la población adulta valenciana

1. Medir en el periodo los cambios respecto al consumo de tabaco en la población adulta

ESCV adultos

Objetivo 7:

Reducción de 10% de los consumidores jóvenes (14-18 años) de alcohol en los últimos 30 días

1. Medir en el periodo los cambios respecto al consumo de alcohol en Ejóvenes

ESCV y ESTUDES

datos

referidos a la Comunitat Valenciana

6.1.2.- SALUD AMBIENTAL

Objetivo 8:

Mejorar el conocimiento sobre el riesgo de exposición a radón y su impacto sanitario en la Comunitat Valenciana

1. Elaborar y publicar en la web un informe sobre el riesgo de exposición a radón en la Comunitat Valenciana

Dicotómico





Objetivo 9:

Fortalecer la vigilancia sanitaria de la contaminación atmosférica

1. Elaborar y publicar en la web informe de vigilancia sanitaria de la contaminación atmosférica

Dicotómico

6.1.3.- SALUD LABORAL Y SEGURIDAD QUÍMICA

Objetivo 10:

Reducir la exposición a cancerígenos laborales y exposiciones a productos químicos con riesgo potencial como cancerígenos

1. Elaborar y publicar en la Web de la DGSP la relación de posibles agentes cancerígenos por exposición laboral y enviar a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunitat autorizados.

Dicotómico y RISQ

- 2. Número de productos químicos evaluados en relación con su carcinogéneicidad y su prevención incluidos en las actividades de seguridad química, tomando las medidas que corresponda
- 3. Número de entidades e instituciones públicas a las que se hacen llegar criterios técnicos y legales, que les ayuden en que las licitaciones públicas de compras y contratación de servicios sobre actividades en las que se puedan usar productos químicos con riesgo potencial como cancerígenos
- 4. Informar sobre edificios públicos con amianto encontrados en las evaluaciones de riesgos realizadas por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de la GV solicitada

Objetivo 11:

Mejorar el reconocimiento de los cánceres que sean enfermedad profesional

1. Criterios para la comunicación y calificación de los cánceres como enfermedades profesionales elaborados y publicados en la Web de la DGSP Dicotómico

6.1.4.- ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

Objetivo 12:

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

1. Cobertura vacunal de 2ª dosis VPH en niñas adolescentes

RVN





Objetivo 13:

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 %.

1. Cobertura vacunal de 3ª dosis frente al virus de la hepatitis B en RVN menores de un año

Objetivo 14:

Fomentar la vacunación en grupos de riesgo (frente al virus del papiloma humano en mujeres con tratamiento escisional de cérvix, frente al virus del papiloma humano en pacientes VIH positivos de ambos sexos, hombres que tienen sexo con hombres (HSH)) y en personas con cáncer y hemopatías malignas así como en convivientes

1.- Número de personas vacunadas por grupo de riesgo

RVN

6.1.5.- PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Objetivo 15:

Fomentar la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses del nacimiento.

1. Número de hospitales con políticas de apoyo a la materna durante los Informe primeros a los 6 meses de vida de la criatura específico

Objetivo 16:

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/a lo deseen.

1. Difusión de la recomendación de la lactancia materna hasta los 2 años o Dicotómico más con otras actividades preventivas dirigidas a la madre y en el seguimiento del embarazo





6.2.- PREVENCIÓN SECUNDARIA

Objetivo 17:

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

1. Cobertura, tasa de participación y tasa de detección por edad y sexo de SIGMA los programas poblacionales de cribado de cáncer de mama y de cáncer KARVIS colorrectal

Objetivo 18:

Elaborar un programa poblacional de cribado de cáncer de cérvix y analizar la viabilidad de su implantación en todos los departamentos de salud

1. Iniciar el programa poblacional de prevención de cáncer de cérvix. Dicotómico

Objetivo 19:

Estimar el balance entre beneficios y riesgos incorporando la participación informada en posibles nuevas actividades de cribado

1. Tasa de precocidad diagnóstica, tasa de falos positivos, falsos negativos SIGMA y tasa de complicaciones de las colonoscopias de cribado de cáncer KARVIS colorrectal

Objetivo 20:

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

1. Difusión de la recomendación de No Hacer sobre estrategias, consejos e Dicotómico intervenciones inadecuadas en cribado de cáncer

Objetivo 21:

Incorporación de la secuenciación masiva en el Programa de Consejo genético en Cáncer.

1. Plan de incorporación de la secuenciación masiva en el Programa de Dicotómico Consejo genético en Cáncer





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

6.3.1.- MODELO ASISTENCIAL

Objetivo 22:

Establecer redes asistenciales integradas para la atención a tumores de adultos cubriendo todo el circuito asistencial de las personas con cáncer(atención primaria, atención especializada, cuidados paliativos, unidades de referencia autonómicas, CSUR y red de referencia europea)

1. Elaborar un protocolo para al menos dos localizaciones tumorales

Dicotómico

Objetivo 23:

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

1. Elaborar un protocolo para al menos dos tumores raros

Dicotómicos

2. Asignar unidad de referencia al CSUR de sarcoma

e Informe

3. Número de departamentos con protocolo de transición a seguimiento compartido y a cuidados paliativos (comité de tumores,

específico

atención primaria y comisión de CP)

Objetivo 24:

Atender a las personas diagnosticadas de cáncer (población infantil, adolescente y adulta) 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

1.Número de departamentos con enlace para la atención socio- Informe sanitaria específico





Objetivo 25:

Promover la continuidad asistencial de las personas con cáncer y alta complejidad clínica o comunitaria mediante estrategias de gestión de casos basada en atención primaria

1. Población cubierta con gestión de casos de pacientes crónicos Cobertura complejos y paliativos en los departamentos

Objetivo 26:

Promover la capacidad del personal sanitario de atención primaria y hospitalaria para identificar y tratar los problemas nutricionales que pueden acompañar la enfermedad oncológica durante el tratamiento activo en población infantil, adolescente y adulta.

1. Realizar e implementar un protocolo de ayuda el personal sanitario Dicotómico para identificar y tratar problemas nutricionales durante el tratamiento activo

Objetivo 27:

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, recaída, cuidados paliativos)

1. Realizar e implementar un protocolo de coordinación con las Dicotómico unidades de salud mental

Objetivo 28:

Promover el soporte emocional de todo el personal sanitario que atiende a las personas con cáncer en población infantil, adolescente y adulta, en atención primaria y hospitalaria potenciando las habilidades de comunicación

1. Realizar cursos de formación continua sobre soporte emocional Dicotómico para el profesional y sobre habilidades de comunicación





Objetivo 29:

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 en la población infantil, adolescente y adulta.

1. Realizar e implementar un protocolo de coordinación con las ONG Dicotómico para la prestación del apoyo psicosocial

Objetivo 30:

Promover acciones para determinar los resultados en salud de los tratamientos para el cáncer en población infantil, adolescente y adulta.

1. Realizar un informe sobre resultados en salud de los tratamientos Dicotómico para el cáncer

Objetivo 31:

Hacer partícipe a las personas con cácner, 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

1. Realizar e implementar un protocolo para registrar en el sistema de Dicotómico información corporativo el proceso de toma de decisiones y el consentimiento informado en la historia clínica

6.3.2.- ASISTENCIA SANITARIA: DIAGNÓSTICO

Objetivo 32:

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 a las personas en el circuito rápido en atención primaria hasta la primera visita por especialista: 7 días
- 1.- Mediana y percentil 75 del número de días para la confirmación KARVIS diagnóstica SIGMA





Objetivo 33:

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 en población infantil, adolescente y adulta.

1.- Número de departamentos con sistema de doble lectura

Informe específico

6.3.3.- ASISTENCIA SANITARIA: TRATAMIENTO

Objetivo 34:

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).
- 1.- Mediana y percentil 75 del número de días para el inicio del KARVIS tratamiento SIGMA

Objetivo 35:

Planificar la inversión en instalaciones de radioterapia, en los hospitales de distinto nivel, a fin de evitar retrasos innecesarios en la sustitución y actualización de la tecnología. Mantener equipos de radioterapia actualizados.

1.- Número de aceleradores por 100.00 habitantes

Informe específico

Objetivo 36:

Establecer criterios de indicación para derivación a pruebas y tratamientos no disponibles en el SNS (pruebas genéticas, terapia de protones...).

1.- Realizar recomendaciones sobre la derivación a pruebas y Dicotómico tratamientos no disponibles en el SNS





Objetivo 37:

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.

1.- Número de pacientes en tratamiento a través del SAISE

Informe específico

6.3.4.- ASISTENCIA SANITARIA: DESPUES DEL TRATAMIENTO

Objetivo 38:

Establecer y entregar por escrito a las personas con cáncer, 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
- 1.- Elaborar un protocolo para el seguimiento compartido con Dicotómico atención primaria y garantizar el acceso rápido a la atención especializada ante signos o síntomas de alarma en pacientes con historia de cáncer (largos supervivientes)

Objetivo 39:

Coordinación para la atención socio-sanitaria (actuación simultánea y sinérgica de servicios sanitarios y sociales) de las personas enfermas de cáncer y sus familiares, según sus necesidades.

1.- Incorporar la atención socio-sanitaria en el sistema de información Dicotómico en atención primaria y hospitalaria





6.3.4.- ASISTENCIA SANITARIA: CUIDADOS PALIATIVOS

Objetivo 40:

Proporcionar cuidados paliativos a las personas 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

1.- Porcentaje de NECPAL en pacientes nivel 3 de cronicidad

ALUMBRA

INFANTILES

6.3.5.- ASISTENCIA SANITARIA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Objetivo 41:

Garantizar que la atención al cáncer infantil se realice en unidades multidisciplinares 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 multidisciplinares y los padres, promoviendo la atención compartida con el pediatra de atención primaria

1.- Número de población infantil y adolescente atendida en oncología REGISTRO DE pediátrica TUMORES

Objetivo 42:

Establecer redes asistenciales integradas para la atención a tumores en población infantil y adolescente cubriendo todo el circuito asistencial de las personas con cáncer (atención primaria, atención especializada, cuidados paliativos, unidades multidisciplinares 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 al personal sanitario de atención primaria.

1.- Establecer protocolos de derivación y atención compartida con los Dicotómico dispositivos de atención domiciliaria, los servicios de pediatría de hospitales generales y/o al personal sanitario de atención primaria.





Objetivo 43:

Atender a las personas adolescentes 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 a las personas adultas, para garantizar la calidad de la atención a los/as adolescentes y facilitar la transición a las unidades de adultos.

1.- Instrucción para la atención de adolescentes con problemas Dicotómico oncológicos

6.4.- SISTEMA DE INFORMACIÓN EN CÁNCER

Objetivo 44:

Mantener y mejorar las fuentes básicas de datos de los sistemas de información clínicos consolidados.

1. Número de Hospitales con información del CMBD/Número total de CMBD, PATWIN y

2. Número de Hospitales con información de Anatomía Patológica VENT-NEOS (informes y/o protocolos / Número total de Hospitales)

3. Número de integraciones de las fuentes básicas de Información de cáncer.

Objetivo 45:

Mejorar la aplicación informática VENT-NEOS explorando e incluyendo nuevas fuentes de información.

1. Número de casos de cáncer proporcionados por los programas de KARVIS, detección precoz año/ Número de casos de cáncer año

SIGMA,

2. Número de casos de cáncer proporcionados por SISVEL año/ Número de casos de cáncer año

SISVEL y **VENT-NEOS**

3. Número de integraciones con otros Sistemas de Información Sanitaria Clínicos





Objetivo 46:

Facilitar la información periódica a diferentes niveles y tipos de usuarios y usuarias: ciudadanía, asociaciones de pacientes, personas responsables de la gestión sanitaria, profesionales de salud de los Departamentos, con información relevante de cáncer

1. Número de Informes año publicados en la Web (total son 8)

Informes

2. Número de Informes año publicados en el plataforma VENT-NEOS por Hospitales /todos los hospitales

específicos y VENT-NEOS

3. Número de Informes año publicados en el plataforma VENT-NEOS por Departamento/ todos los Departamentos

Objetivo 47:

Mejorar la aplicación informática VENT-NEOS explorando e incluyendo nuevas fuentes de información.

1. Elaborar un informe y publicarlo sobre las causas de cáncer y su Dicotómico evolución. Dicotómico

Objetivo 48:

Colaborar con las Fundaciones Sanitarias corporativas en proyectos de Investigación en relación con el cáncer

1. Realizar el protocolo para la participación con los datos del SIC en Dicotómico e proyectos de investigación Informe

2. Número de proyectos propuestos/ Número de proyectos realizados específico

Objetivo 49:

Colaborar e impulsar proyectos de investigación a nivel Europeo, en el Estado Español y en la Comunitat Valenciana.

1. Número de proyectos europeos en los que se participa

Informe

2. Número de proyectos en los que se participa

específico

3. Número de proyectos de análisis territorial de Incidencia y Mortalidad iniciados/ Número de proyectos propuestos





6.5. INVESTIGACIÓN

Objetivo 50:

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

1. Elaborar el mapa de la investigación en cáncer

Informe

2. Elaborar un catálogo de infraestructuras disponibles para la específico y investigación

FUNDANET-

FISABIO

Objetivo 51:

Incrementar las líneas de investigación y las ayudas a los proyectos de investigación en cáncer en la Comunitat Valenciana.

1. Número de líneas de investigación

Informe

2.Importe de las ayudas a proyectos de investigación

específico y **FUNDANET-**

FISABIO

Objetivo 52:

Aumentar la colaboración entre los investigadores en cáncer en la Comunitat Valenciana y consolidar el nodo de biobancos oncológicos.

1. Constituir la plataforma de investigadores y grupos de investigación en cáncer

Informe específico,

2. Número de proyectos colaborativos

FUNDANET-

3. Número de muestras del nodo de biobancos

FISABIO y

RVB





7.- ANEXOS

7.1. REFERENCIAS

Código Europeo Contra el Cáncer

 Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud. Código Europeo Contra el Cáncer. IARC 2016. Disponible en : https://cancercode-europe.iarc.fr/index.php/es/

Tabaco

- Generalitat Valenciana (2018). Estrategia de prevención y atención al tabaquismo en la Comunitat Valenciana 2018-2023. Valencia: Generalitat Valenciana. Accesible en línea: https://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/OVS tabaquismo 8 cas.pdf [Consultado el 24 de noviembre de 2018].
- Loring, B. (2014). Tobacco and inequities, guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- LEY 26/2018, de 21 de diciembre, de la Generalitat, de derechos y garantías de la Infancia y la adolescencia (DOGV núm. 8450 de 24.12.2018)

Dieta y actividad física

- World Cancer Research Fund International/American Institute for Cancer Research (2018). Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective The Third Expert Report. London, UK: World Cancer Research Fund International: https://www.wcrf.org/dietandcancer [Consultado el 3 de diciembre de 2018].
- Organización Mundial de la Salud (2015). Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños (resumen). Ginebra: WHO/NMH/NHD/15.2. Accesible en línea: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154587/WHO NMH NHD 15.2 spa.pdf?sequence=2 [Consultado el 3 de diciembre de 2018]
- World Health Organization (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Accesible en línea: https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/gappa/action-plan. [Consultado el 8 de enero de 2019]

Obesidad

International Agency for Research on Cancer, (2017) Romieu I, Dossus L, Willett WC (Ed). Energy balance and obesity. Geneve.: IARC Working Group Reports Series; report n 10. Accesible en línea: http://publications.iarc.fr/553. [Consultado el 8 de enero de 2019]





Alcohol

World Health Organization (2018). Global status report on alcohol and health 2018.
 Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Accesible en línea: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1. [Consultado el 27 de diciembre de 2018]

Enfermedades Inmunoprevenibles

- World Health Organisation. Human papillomavirus vaccines:WHO position paper, May 2017. Wkly Epidemiol Rec 2017;92: 241–268 (Consultado el 27 de diciembre de 2018).Disponible
 - en:http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255353/WER9219.pdf;jsessionid =2B26546EDC181956FF19364D9EE2CA93?sequence=1
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Calendario de Vacunación a lo largo de toda la Vida. (Consultado el 27 de diciembre de 2018). Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion Todalavida.pdf
- ORDEN 7/2018, de 17 de diciembre, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se aprueba y regula el programa de vacunación en personas adultas de la Comunidad Valenciana. DOGV núm. 8459 de 8 de enero de 2019, pp.2166 a 2172. Disponible en: http://www.dogv.gva.es/datos/2019/01/08/pdf/2018 11899.pdf

Sanidad Ambiental

- IARC (1988). **Man-made Mineral Fibres and Radon**. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum, 43. https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono43.pdf
- OMS Nota descriptive. El radón y sus efectos en la salud. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/radon-and-health
- IARC (2013). Air Pollution and Cancer. IARC Scientific publication, 161. http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/larc-Scientific-Publications/Air-Pollution-And-Cancer-2013
- IARC (2016). Outdoor Air Pollution. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum, 109. https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono109.pdf
- WHO (2014), Burden of disease from ambient air pollution for 2012 summary of results, World Health Organization (http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf)





Políticas de Salud

- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020)Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016
- Federichi A, Nicoletti G, Van den Bulcke M editores. Cancer Control Joint Action Policy Papers. National Institute of Public Health, Slovenia and Scientific Institute of Public Health, Belgium; Belgium, 2017. ISBN: 978-961-7002-27-0
- Albreth T, Kiasuwa R, Van den Bulcke M editores. European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control. National Institute of Public Health, Slovenia and Scientific Institute of Public Health, Belgium; Belgium, 2017. ISBN: 978-961-7002-20-1
- Jose M. Martin-Moreno JM, Albreht T, Radoš-Krnel S, editores. Boosting Innovation and Cooperation in European Cancer Control. Key Findings from the European Partnership for Action Against Cancer. Ljubljana, Slovenia: National Institute of Public Health of the Republic of Slovenia; 2013. p 87-116. ISBN 978-961-6911-21-4.Recommendations from European Breast Guidelines. European Commission Initiative on Breast Cancer. Disponible en: https://ecibc.jrc.ec.europa.eu/recommendations/
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 22 de octubre de 2009. 2010, Gobierno de España.
- Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Documento Marco sobre Cribado Poblacional. Madrid, 2010.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe del Grupo de Expertos sobre Concreción de Cartera Común de Servicios para Cribado de Cáncer. Madrid 2013
- Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.Pla contra el càncer a Catalunya 2015-2020. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2015.
- Conselleria de Sanitat. Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana 2011-2014. Sèrie
 PE: Programes especials; 26. Conselleria de Sanitat.2011, Generalitat Valenciana.
- Conselleria de Sanitat Plan integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013. Sèrie PE: Programes especials; 23. Conselleria de Sanitat.2010, Generalitat Valenciana.

Asistencia





7.2. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN ONCOLÓGICO 2011-2014

El Plan Oncológico 2010-2014 establecía 5 líneas estratégicas y 28 objetivos con acciones y con sus respectivos indicadores. También establecía 10 acciones diana para desarrollar durante el periodo vigente del Plan oncológico. Es por ello, que en este apartado resaltamos la evaluación de estas acciones diana:

Acción diana	Evaluación
Actualización del sistema de codificación en Anatomía Patológica.	El 95% de los centros públicos (24) codifican los informes de Anatomía Patológica, el 90% de las concesiones (5) y el 0% de los centro privados (8)
Difusión a la población de las recomendaciones del Código Europeo Contra el Cáncer.	Se ha realizado difusión a la ciudadanía a través de material divulgativo y en la web de la DGSP. Para el personal sanitario se ha elaborado material de apoyo a la población y se ha incluido las recomendaciones en todos los cursos de formación continua de la EVES relacionados con el cáncer como estrategia de prevención primaria. En este marco y según la ESCV: -Se ha Incrementado un 5% la población consumidora de dos o más frutas al día y/o dos o más hortalizas al día - No se ha disminuido en un 8% la prevalencia de la población adulta que declara no realizar nada de ejercicio físico en su tiempo libre - Se ha reducido la prevalencia del consumo de tabaco en mayores de 15 años para que no supere el 26,5% - Se ha mantenido la 3ª dosis en la vacunación frente al virus de la hepatitis B en recién nacidos por encima del 95 %. Sin embargo no se ha mantenido la cobertura vacunal de 3ª dosis en la vacunación frente al virus del papiloma humano por encima del 80 % Se han realizado informes de





recomendación en la Web de la DGSP y vigilancia en factores ambientales y de seguridad laborar los factores cancerígenos.

- La tasa de participación en el programa de prevención de cáncer de mama para este periodo es del 73% y tasa de detección de cáncer del 4.42‰, valores dentro de las recomendaciones de la UE. - La tasa de participación en el programa de prevención de cáncer colorrectal es del 44 % para este periodo y tasa de detección de cáncer del 2‰, valores dentro de las recomendaciones de la UE excepto el de participación.

Ampliar la cobertura del programa de Prevención de Cáncer Colorrectal a todos los departamentos de salud de la Comunitat Valenciana En el 2014 todos los departamentos de salud se incorporan al programa de Prevención de Cáncer Colorrectal

Promover y evaluar que la actuación clínica se base en las guías de práctica clínica, procesos asistenciales integrados y protocolos de cada centro y que se lleven a cabo por equipos multidisciplinares.

La Orden 02/2015 de la Consellería 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 el respaldo normativo para que en los centros hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pongan en marcha equipos multidisciplinares e integrados y se establezca la actuación clínica en base en las guías de práctica clínica (comité de tumores)

Protocolizar la asistencia de "personas con historia de cáncer" (largos supervivientes de cáncer) según necesidades, avalado por la evidencia científica.

Se han realizado trabajos parciales para la consecución de la acción diana que permiten avanzar en su consecución

Establecer circuitos de atención psicológica a pacientes de cáncer y sus cuidadores, con los servicios de salud mental de los departamentos y otros/as profesionales.

Se han realizado trabajos parciales para la consecución de la acción diana que permiten avanzar en su consecución

Establecer programas de cuidados paliativos en todos los departamentos de salud alineados con las líneas directrices de este plan Se elabora el Plan integral de cuidados paliativos (CP) de la CV 2010-2013. La práctica totalidad de los departamentos en la CV han





Desarrollar programas de formación profesional en cuidados paliativos y comunicación, desde el nivel de enfermería y atención primaria hasta el nivel oncológico más especializado

formación establecido un programa de CP y iativos y disponen de equipo de soporte para fermería y cuidados paliativos avanzados, oncológico referentes de CP en EAP y programas de formación en cuidados paliativos y comunicación.

Ampliación del decreto de Libre elección en lo referente a la Atención Oncológica

El Decreto 74/2015, de 15 de mayo, establece que el usuario puede ejercer su derecho a la libre elección en el de ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud

Crear plataformas que favorezcan la coordinación e interrelación entre los investigadores y grupos de investigación en cáncer.

A través de la Web de FISABIO y de la CSUySP se ha dado publicidad a las convocatorias competitivas y a los grupos de investigación en cáncer.





7.3. PARTICIPANTES DE LA ESTRATEGIA

7.3.1.-COMISIÓN REDACTORA DE LA ESTRATEGIA

LÍNEA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN PRIMARIA Y PREVENCIÓN SECUNDARIA

Dolores Salas Trejo (Coordinadora)

Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Sanitario

Josefa Ibañez Cabanell

Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Sanitario

Inmaculada Clemente Paulino

Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención

Elena Pérez Sanz

Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención

Joan Quiles Izquierdo

Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención

Valentín Esteban Buedo

Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Laboral

Jose Antonio Lluch Rodrigo

Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en las Etapas de la Vida

Eliseo Pastor Villalba

Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en las Etapas de la Vida

Hermelinda Vanaclocha Luna

Subdirección General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental

Concepción Calatayud Galiano

Subdirección General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental

María Barberá Riera

Subdirección General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental





Consol Sabater Gregori

Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias

LÍNEA ESTRATÉGICA: ASISTENCIA SANITARIA: POBLACIÓN ADULTA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Dolores Cuevas Cuerda (coordinadora)

Servicio de Modelo y Estrategias Asistenciales

Carmen Puchalt Sanchis

Servicio de Gestión Asistencial

Pablo Rodríguez Martínez

Servicio de Planificación de Programas y Servicios Sanitarios

Mª Gracia García-Baquero Urbiola

Servicio de Atención y Comunicación con el Paciente

LÍNEA ESTRATÉGICA: INVESTIGACIÓN

Òscar Zurriaga Llorens (coordinador)

Subdirección de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad

Jose María Tenías Burillo

Servicio de Investigación Sanitaria, Innovación en Salud Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Mª. Rosa Díaz Mondéjar

Servicio de Investigación Sanitaria, Innovación en Salud Evaluación de Tecnologías Sanitarias

LÍNEA ESTRATÉGICA TRANSVERSAL: FORMACIÓN Y SISTEMAS INFORMACIÓN

Mª Ángela Torres Gracia

Servicio de Docencia de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

Carmen Alberich Martí

Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias





7.3.2.-COMISIÓN DE PARTICIPACIÓN

PARTICIPANTES	PROFESIONALES/CIUDADANÍA
Sociedades científicas	- Asociación de Enfermería Valenciana en Atención Primaria
	(SEVAP)
	- Asociación de Medicina del Trabajo de la Comunitat Valenciana
	- Asociación Española sobre Investigación en Cáncer (ASEICA)
	- Sociedad de Médicos de Atención Primaria de la Comunitat
	Valenciana (SEMERGEN)
	- Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria
	(SVMFYC)
	- Sociedad Valenciana de Anatomía Patológica
	- Sociedad Valenciana de Cirugía
	- Sociedad Valenciana de Medicina Paliativa
	- Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo
	- Sociedad Valenciana de Patología Digestiva (SVPD)
	- Sociedad Valenciana de Pediatría (SVP)
	- Sociedad Valenciana de Radiología
	- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
	(SESPAS)
Asociaciones de	- Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario (ASACO)
pacientes	- Asociación de ayuda a personas con Cáncer de Novelda (ANOC)
	- Asociación de Familiares y Amigos del Paciente Oncológico
	(AFAPOC)
	- Asociación de la Comunitat Valenciana de Enfermos de
	Linfedema y Lipedema (ACVEL)
	- Asociación de Mujeres Afectadas por Cáncer de Mama de Elche y
	Comarcas (AMACMEC)
	- Asociación de Mujeres Mastectomizadas de la Comunitat
	Valencia (AMMCOVA)
	- Asociación de Padres de Niños con Cáncer de la Comunitat





Valenciana (ASPANION)

- Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón (AEACAP)
- Asociación para el soporte y ayuda en el tratamiento del Cáncer y otras enfermedades graves (CARENA)
- Asociación para la lucha contra la Leucemia de la Comunitat
 Valenciana (ASLEUVAL)
- Asociación Provincial de Alicante de Mujeres con Cáncer de Mama (APAMM)
- Asociación Vivir como antes (Mujeres afectadas de Cáncer de Mama)
- Junta Asociada Provincial de Alicante de la Asociación Española
 Contra el Cáncer (AECC)
- Junta Asociada Provincial de Castellón de la Asociación Española
 Contra el Cáncer (AECC)
- Junta Asociada Provincial de Valencia de la Asociación Española
 Contra el Cáncer (AECC)

Asociaciones ciudadanas

- Asociación Alanna
- Asociación de Amas de Casa y Consumidores Lledó (Castellón)
- Asociación de Consumidores y Amas de Casa LUCENTUM (Alicante)
- Asociación de Empresarias y Profesionales de Valencia (evap)
- Asociación de Mujeres con Discapacidad (XARXA)
- Asociación de Mujeres Gitanas Arakerando (Alicante)
- Asociación de Mujeres Gitanas Romi (Valencia)
- Asociación de Mujeres Juristas Themis
- Asociación Gitanas Feministas por la Diversidad
- Asociación Valenciana de Amas de Casa y Consumidores TYRIUS (Valencia)
- Asociación Valenciana de Consumidores y Usuarios (AVACU)
- Consell Valencià de la Juventut (Vicepresidència i Conselleria





d'Igualtat i Polítiques Inclusives)

- Consell Valencià de Persones Majors (Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives)
- Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de la
 Comunitat Valenciana (COFIDIVA)
- Federació de Dones Progressites de la Comunitat Valenciana
- Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios de la Comunitat Valenciana (FACUA)
- Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales (FADEMUR)
- Federación de Asociaciones de Vecinos de Valencia (AAVV)
- Fundación Secretariado Gitano
- La Casa de la Dona (València)
- Nosotras Deportistas
- Seminario de Mujeres Grandes
- Unión de Consumidores de la Comunitat Valenciana





Personas - Camps Herrero, Carlos

colaboradoras - Cercos Lleti, Ana Cristina

- Ferrer Albiach, Carlos

- Frades García, Begoña

- Hernández Aguado, Ildefonso

- Lluch Hernéndez, Ana







7.3.3. COMISIÓN TÉCNICA DE LA ESTRATEGIA

COMPOSICIÓN:

Secretario Autonómico de Salud Pública y del Sistema
Sanitario Público
Directora General de Salud Pública
Servicio de Promoción de la Salud y Prevención del
Entorno Sanitario
Dirección General de Salud Pública
Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas
Sanitarias
Dirección General de Salud Pública
Servicio Anatomía Patológica Sanitario.
Hospital General de Alicante
Servicio de Planificación y Evaluación de Políticas de
Salud
Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema
Sanitario Público
Servicio Oncológica Médica
Hospital General Universitario de Valencia
Servicio de Patología Digestiva
Consorcio Hospital General de Valencia
Sociedad Valenciana de Patología Digestiva
Servicio de Oncología Pediátrica





Cercós Lletí, Ana Cristina	Servicio de Farmacia.
	Hospital Universitario Dr. Peset
Clemente Paulino, Inmaculada	Subdirección General de promoción de la Salud y
	Prevención
	Dirección General de Salud Pública
Cuevas Cuerda, Mª. Dolores	Servicio de Modelo y Estrategias Asistenciales
	Hospital Universitario y Politécnico La Fe
Esteban Buedo, Valentín	S. Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno
	Laboral.
	Dirección General de Salud Pública
Fernández-Delgado Cerdá, Rafael	Director Científico Registro de Tumores Infantiles
	Prof. Titular de Pediatría
González Marín, Jesús Mª	Presidente ASPANION
Ibañez Cabanell, Josefa	S. Promoción de la Salud y Prevención del Entorno
	Sanitario.
	Dirección General de Salud Pública
LLombart Bosch, Antonio	Facultad de Medicina
	Universidad de Valencia
Lluch Hernández, Ana	Servicio Oncología médica
	Hospital Clínico Universitario de valencia
Palanca Suela, Sarai	Laboratorio Biología Molecular.
	Hospital Universitario y Politécnico La Fe
Peris Bonet, Rafael	Departamento de Documentación
	Hospital Clínico Universitario de Valencia





Rodríguez Martinez, Pablo	Subdirección General Planificación y Organización
	Asistencial.
	Dirección General de Asistencia Sanitara
Soto Sarrión., Cristina	Servicio de Radiodiagnóstico
	Hospital Arnau de Vilanova
Tormo Micó, Alejandro	Servicio de Oncología radioterápica
	Hospital Universitario y Politécnico La Fe
Trenor Puig, Tomás	Presidente Autonómico de AECC
Zurriaga Llorens, Oscar	Subdirección General de Investigación Innovación,
	Tecnologías y Calidad.
	Dirección General de Investigación Innovación, Tecnologías y Calidad





7.4. ABREVIATURAS

ALUMBRA: Aplicación informática para el sistema de gobernanza y análisis de datos de la Comunitat Valenciana

APA: Anatomía patológica

ASR (E*) * nueva: Tasas ajustadas por edad con población europea

ASR(W) ó ASRw: Tasas ajustadas por edad método

directo

CANCON: Cancer Control Joint Action

CECC: Código Europeo contra el Cáncer

CIE: Código Internacional de Enfermedades

CMBD: Conjunto mínimo de base de datos

CSUR: Centros, Servicios y Unidades de Referencia

del Sistema Nacional de Salud

CSUySP: Conselleria de Sanidad Universal y Salud

Pública

CV: Comunitat Valenciana

DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y

Oportunidades

DG: Dirección General

DGSP: Dirección General de Salud Pública

EAP: Equipos de Atención primaria

ECIS: European Cancer Information System

ENCR: European Network Cancer Registry

EPAAC: European Partnership for Action Against

Cancer

ESCV: Encuesta de salud de la Comunitat Valenciana

ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en

enseñanzas secundarias en España

EU28: 28 estados miembros de la Unión Europea

EVES: Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

FISABIO: Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat

Valenciana

FUNDANET: Herramienta de gestión integral de

investigación

HACLE: Hospital para pacientes crónicos y de Larga

Estancia

HAP: Hidrocarburos Aromáticos Policíclicos

IARC: International Agency for Research on Cancer

ICCC: International Classification of Childhood Cancer

IPAAC: Innovative Partnership for Action Against

Cancer

KARVIS: Aplicación Informática del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal de la Comunitat

Valenciana

LLA: leucemias linfoblásticas agudas

MIZAR: Herramienta Gestión de Informes

NECPAL: Instrumento para la Identificación de Personas en Situación de Enfermedad Crónica Avanzada y Necesidad de Atención Paliativa en

Servicios de Salud y Sociales

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: organización Mundial de la Salud

ORION CLINIC: Aplicación informática de la

Comunitat Valenciana de información clínica

hospitalaria

PATWIN: Aplicación informática de la Comunitat

Valenciana de Anatomía patológica

Pobl. Población

RIEs: Razón de Incidencia Estandarizada suavizada

RMEs: Razón de mortalidad estandarizada suavizada

RRSS: Redes Sociales

RTICV: Registro de Tumores Infantiles de la

Comunitat Valenciana

RVA: Aplicación informática de Vacunas de la

Comunitat Valenciana

RVB: Sistema de información de la red de biobancos

de la Comunitat Valenciana

S.O.: supervivencia observada

SIA: Sistema de Información ambulatoria de la

Comunitat Valenciana

SIC: Sistema de Información de Cáncer





SIC: Sistema de información en Cáncer de la

Comunitat valenciana

SIGMA: Aplicación Informática del Programa de Prevención de Cáncer de Mama de la Comunitat

Valenciana

SIOP Europe: The European Society for Paediatric

Oncology

SISAM: Aplicación Informática del Sistema de información de Salud Ambiental de la Comunitat

Valenciana

SISVEL: Aplicación Informática para el sistema de vigilancia de enfermedades laborales de la

Comunitat Valenciana

SNC: Sistema nervioso central **SNS**. Sistema nacional de Salud

SR: Supervivencia relativa

VENT-NEOS: Aplicación informática de la Comunitat

Valenciana de cáncer

VPH: Virus del Papiloma Humano

XarxaSalut: red de municipios de la Comunitat
Valenciana adheridos al IV Plan de Salud de la
Comunitat con el compromiso de desarrollar las
acciones de promoción de salud local enmarcadas en
el Plan.