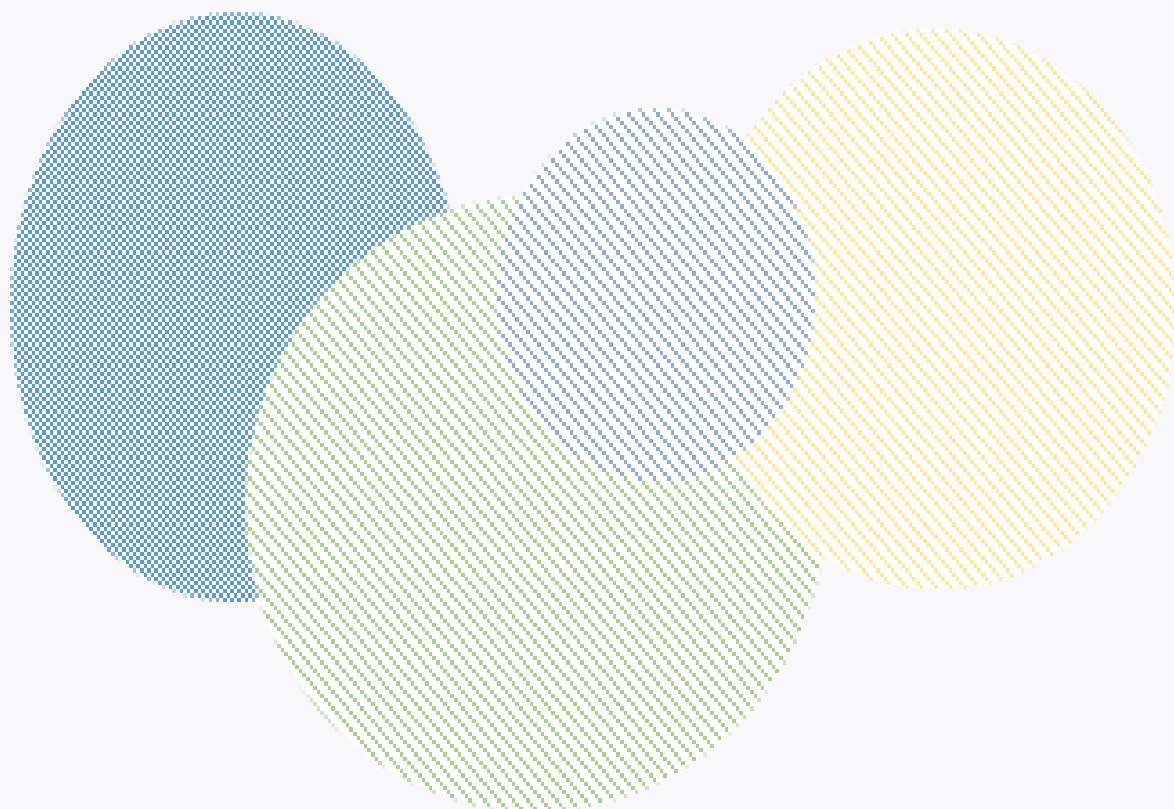




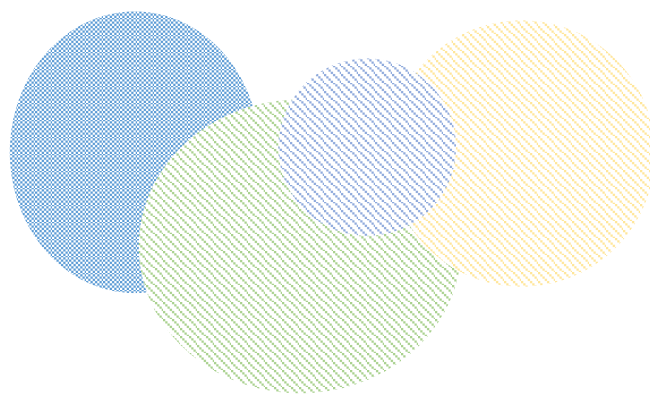
Principado de
Asturias

Consejería
de Salud

ESTRATEGIA DEL CÁNCER EN ASTURIAS 2025-2030



ESTRATEGIA DEL CÁNCER EN ASTURIAS 2025-2030



Principado de
Asturias

Consejería
de Salud

ESTRATEGIA DEL CANCER EN ASTURIAS 2025-2030**Responsable de la Estrategia en Cáncer:**

Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental. Ángel José López Díaz.
Director General.

Coordinación de la Estrategia:

Servicio de Salud Poblacional. José M^a Blanco González. Jefe de Servicio.

Redacción y Coordinación técnica del documento:

Beatriz Eyaralar Riera. Agente Coordinadora de Área.

Colaboradora: M^a Dolores Pérez Hernández. Técnica del Servicio de Salud Poblacional.

Grupo revisor del documento:**SESPA**

Alberto Fernández León	Área Sanitaria IV
Rosendo Argüelles Barbón	Área Sanitaria V
Alejandra Fueyo Gutiérrez	Servicios Centrales SESPA
Oscar Suárez Álvarez	Servicios Centrales SESPA
Emma Moatassim Fernández	Servicios Centrales SESPA
María del Pilar Solís Hernández	Oncología Médica HUCA
Emilio Esteban González	Oncología Médica HUCA

IAPRL

Dulce María Platero García	Servicio de Salud Laboral-Área medicina del trabajo. IAPRL
----------------------------	--

CONSEJERÍA DE SALUD

Jesús Vicente García González	D.G. de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento
Marta Pisano González	D.G de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria
María Jesús Rodríguez Nachón	D.G de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria
M. Belén Alonso Bada	D. G. de Política y Planificación Sanitaria
Lucía Fernández Arce	D. G. de Política y Planificación Sanitaria
Lidia Clara Rodríguez García	D.G de Salud Pública
José María Blanco González	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
Ana García Fernández	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
Bárbara Vega Mallo	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
Beatriz Eyaralar Riera	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
Inés Zamanillo Rojo	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
Inmaculada García Fernández	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
José Ramón Quirós García	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental

Lucía Martínez Arias	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
María Azucena Fariñas Cabrero	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
María Belén Suárez Mier	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
Nadia María García Alas	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
Olga Alonso Alonso	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
Rosa María Núñez Rodríguez-Arango	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
Sara Díez González	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
Sonia López Villar	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental
Valentín Rodríguez Suarez	D.G de Salud Pública y Atención a la Salud Mental

Agradecimiento: en primer lugar, queremos expresar nuestro agradecimiento a Lidia Clara Rodríguez García, Directora General de Salud Pública con quien se inició este trabajo. A las personas que han colaborado en la redacción y en la revisión de este documento, especialmente aquellas que forman parte de las entidades y organismos que nos han facilitado datos de situación y aportado acciones para el desarrollo de esta Estrategia. Queremos además señalar que nuestro objetivo principal es aportar información a la ciudadanía y al sistema sanitario sobre el cáncer, para evitar la entrada en la enfermedad y para, en caso de padecerla, mejorar la atención y la calidad de vida de las personas afectadas.

Acceso al documento:

Disponible para descarga en el portal de Salud del Principado de Asturias (www.astursalud.es)

Todas las denominaciones que en el presente documento se efectúan en masculino genérico, se entenderán aplicables indistintamente a hombres y mujeres.

INDICE

1	PRESENTACIÓN	9
2	ANTECEDENTES.....	10
3	LAS CIFRAS	19
3.1	Mundiales	19
3.2	Europa.....	24
3.3	España.....	27
3.4	Asturias	33
4	SITUACIÓN POR LÍNEA ESTRATÉGICA	38
4.1	PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA	38
4.1.1	Estilos de vida saludable y bienestar emocional	39
4.1.2	Alimentación, obesidad y actividad física	40
4.1.3	Tabaco	49
4.1.4	Bebidas alcohólicas.....	56
4.1.5	Exposición solar	61
4.1.6	Enfermedades inmunoprevenibles.....	64
4.1.7	Hepatitis C	68
4.1.8	Salud ambiental.....	69
4.1.9	Salud laboral	76
4.1.10	Lactancia Materna.....	82
4.2	PREVENCIÓN SECUNDARIA	86
4.2.1	Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama	86
4.2.2	Programa de Cribado del Cáncer de Colon-recto	91
4.2.3	Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello de Útero	96
4.2.4	Programa de Cribado del Cáncer de Pulmón.....	99
4.2.5	Futuros Programas de Cribado	100
4.2.6	Consejo Genético.....	102
4.3	ASISTENCIA SANITARIA	103
4.3.1	Modelo asistencial.....	103
4.3.2	Diagnóstico y Tratamiento del cáncer	105
4.3.3	Seguridad del paciente en el proceso de cáncer	110
4.3.4	Seguimiento del paciente con cáncer y calidad de vida	115
4.3.5	Cuidados paliativos y prestación de la eutanasia	117
4.3.6	Atención sanitaria a la infancia y la adolescencia.....	119
4.4	OTROS ASPECTOS.....	121
4.4.1	Sistema de información	121
4.4.2	Investigación.....	126

4.4.3	Formación y docencia	127
5	DESARROLLO DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS	128
5.1	LÍNEA ESTRATÉGICA I: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA	128
5.1.1	Objetivos y acciones en Promoción de la salud	128
5.1.2	Objetivos y acciones en alimentación, obesidad y ejercicio físico	129
5.1.3	Objetivos y acciones en tabaco	130
5.1.4	Objetivos y acciones en consumo de bebidas alcohólicas	131
5.1.5	Objetivos y acciones en exposición solar	131
5.1.6	Objetivos y acciones en enfermedades inmunoprevenibles	132
5.1.7	Objetivos y acciones en Hepatitis C	132
5.1.8	Objetivos y acciones en salud ambiental	133
5.1.9	Objetivos y acciones en salud laboral	133
5.1.10	Objetivos y acciones en lactancia materna	135
5.2	LÍNEA ESTRATÉGICA II: PREVENCIÓN SECUNDARIA	136
5.2.1	Objetivos y acciones en prevención secundaria	136
5.3	LÍNEA ESTRATÉGICA III: ASISTENCIA SANITARIA	138
5.3.1	Objetivos y acciones en el modelo asistencial	138
5.3.2	Objetivos y acciones en diagnóstico y tratamiento del cáncer	139
5.3.3	Objetivos y acciones en seguridad del paciente	140
5.3.4	Objetivos y acciones en seguimiento y calidad de vida	141
5.3.5	Objetivos y acciones en cuidados paliativos y prestación de eutanasia	142
5.3.6	Objetivos y acciones en atención sanitaria al cáncer en la infancia y adolescencia	142
5.4	LÍNEA ESTRATÉGICA IV: SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL CÁNCER EN ASTURIAS	144
5.4.1	Objetivos y acciones en sistemas de información	144
5.5	LÍNEA ESTRATÉGICA V: INVESTIGACIÓN EN CÁNCER	146
5.5.1	Objetivos y acciones en investigación	146
5.6	LÍNEA ESTRATÉGICA VI: FORMACIÓN Y DOCENCIA	147
5.6.1	Objetivos y acciones en formación y docencia	147
6	EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA	148
6.1	FICHAS DE INDICADORES POR LÍNEA DE ACTUACIÓN	149
6.1.1	Línea de actuación I: Promoción de la salud y prevención primaria	149
6.1.2	Línea de actuación II: Prevención secundaria	167
6.1.3	Línea de actuación III: Asistencia sanitaria	178
6.1.4	Línea de actuación IV: Sistemas de información del cáncer en Asturias	201
6.1.5	Línea de actuación V: Investigación en cáncer	204
6.1.6	Línea de actuación VI: Formación y docencia	205
6.1.7	Fichas de indicadores globales	206
6.2	CUADRO RESUMEN DE INDICADORES POR LÍNEAS DE ACTUACIÓN	215

6.3	INDICADORES GLOBALES	246
7	CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN	247
8	ANEXOS.....	249
8.1	CÓDIGO EUROPEO CONTRA EL CÁNCER	249
9	SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	250
10	BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS WEB.....	254

1 PRESENTACIÓN

El cáncer representa uno de los mayores desafíos sanitarios, sociales y económicos de nuestro tiempo. Es la primera causa de muerte y es una de las principales preocupaciones de salud pública.

La Estrategia de Cáncer en Asturias se configura como la hoja de ruta que articula políticas de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, investigación y cuidados paliativos, con el objeto de reducir el número de personas afectadas y mejorar su la calidad de vida.

La Estrategia Cáncer Asturias se alinea con la Estrategia de Cáncer del Sistema Nacional de Salud – 2021 y, por tanto, con los principios de Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer y las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea.

La Estrategia se articula en las 6 Líneas, y 44 objetivos con gran cantidad de acciones en todos los ámbitos a desarrollar:

- I: Promoción de la salud y prevención primaria
- II: Prevención secundaria
- III: Asistencia sanitaria
- IV: Sistemas de información
- V: Investigación
- VI: Formación y docencia

Esta estrategia es un compromiso con la salud de la ciudadanía, facilitando la equidad y accesibilidad a los recursos. La idea es avanzar a un modelo de atención oncológica integral, centrado en el/la paciente, enmarcado en la colaboración interinstitucional, participación activa de profesionales y pacientes, impulsando la investigación y acción comunitaria.

Ángel José López Díaz

Director general de salud pública

y atención a la salud mental

2 ANTECEDENTES

El cáncer continúa siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial y es percibido como un problema de salud prioritario para cualquier sistema sanitario.

La aparición de la pandemia por COVID-19 ha supuesto una dificultad y un reto muy importante para la atención sanitaria en nuestro país, tanto en promoción y prevención como en diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento del paciente con sospecha de cáncer o con un cáncer ya establecido.

En 2017, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA70.12 sobre la prevención y el control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado, en la que se insta a los Estados Miembros y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a acelerar la aplicación de medidas encaminadas a alcanzar las metas detalladas en el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030 y la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible a fin de reducir la mortalidad prematura por cáncer.

La OMS y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) colaboran con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, incluido el Organismo Internacional de Energía Atómica, y con sus asociados con estos objetivos:

- Aumentar el compromiso político con la prevención y el tratamiento del cáncer.
- Coordinar y llevar a cabo estudios sobre las causas del cáncer y los mecanismos de la carcinogénesis en el ser humano.
- Hacer un seguimiento de la carga de cáncer como parte de la labor de la Iniciativa mundial para la elaboración de registros oncológicos.
- Determinar cuáles son las «inversiones óptimas» y otras estrategias prioritarias y rentables de prevención y control del cáncer.
- Elaborar normas e instrumentos para orientar la planificación y ejecución de las intervenciones de prevención, diagnóstico precoz, tamizaje, tratamiento, cuidados paliativos y seguimiento, tanto para los adultos como para los niños.
- Reforzar los sistemas de salud en los ámbitos nacional y local para que mejoren el acceso a los tratamientos oncológicos.
- Establecer un programa de prevención y control del cáncer en el informe de la OMS sobre el cáncer de 2020.
- Como parte de la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino, asumir el liderazgo y proporcionar asistencia técnica para ayudar a los gobiernos y a los asociados a establecer y mantener programas de control de alta calidad, dedicados a ese tipo de cáncer.

- Mejorar el control del cáncer de mama y reducir las muertes evitables producidas por éste centrándose en la promoción de la salud, el diagnóstico oportuno y el acceso a la atención con miras a aplicar de forma más amplia y coordinada la Iniciativa Mundial de la OMS contra el Cáncer de Mama.
- Ayudar a los gobiernos a mejorar la supervivencia de los niños al cáncer mediante ayudas a los países, las redes regionales y la acción mundial como parte de la Iniciativa Mundial de la OMS contra el Cáncer Infantil, utilizando el marco CureAll.
- Aumentar el acceso a los antineoplásicos esenciales, en particular a través de la Plataforma Mundial para el Acceso a los Medicamentos contra el Cáncer Infantil.
- Prestar asistencia técnica para la transferencia rápida y eficaz de las prácticas óptimas a los países en desarrollo.

Desde la Unión Europea (UE) se ha puesto en marcha una serie de acciones conjuntas contra el cáncer, contando con la colaboración de la Asociación Europea contra el cáncer (EPAAC), Acción Conjunta del Control de Cáncer (CanCon), Acción Conjunta para los Cánceres Raros (JARC) y la Asociación en la acción Innovadora de la lucha contra el cáncer (IPAAC).

Estas acciones han culminado en la realización del Plan Europeo de lucha contra el cáncer, que fue presentado el 4 de febrero de 2021; que consta de varias iniciativas emblemáticas y otras acciones entre otras:

1. Investigación, innovación y digitalización:

- Iniciativas emblemáticas:
 - Crear un Centro de Conocimiento sobre el Cáncer para facilitar la coordinación de las iniciativas científicas y técnicas relacionadas con el cáncer a nivel de la UE 2021.
 - Poner en marcha una Iniciativa Europea de Obtención de Imágenes Oncológicas para apoyar el desarrollo de nuevas herramientas asistidas por ordenador para mejorar la medicina personalizada y las soluciones innovadoras 2022.
- Otras acciones:
 - Permitir que los y las pacientes con cáncer accedan de forma segura a los historiales médicos electrónicos, y los compartan, para la prevención y el tratamiento a través de las fronteras mediante el espacio europeo de datos sanitarios 2021-2025.
 - Ampliar el Sistema Europeo de Información del Cáncer 2021-2022.
 - Poner en marcha las asociaciones de Horizonte Europa para convertir los conocimientos científicos en innovaciones 2021.

2. Prevención:

- Iniciativas emblemáticas:

- Eliminar los cánceres causados por los virus del papiloma humano mediante el apoyo de la UE a los Estados miembros en materia de vacunación con el objetivo de vacunar al menos al 90 % de la población objetivo de niñas y niños de la Unión de aquí a 2030.
- Otras acciones:
 - Mejorar la alfabetización sanitaria sobre el riesgo de cáncer actualizando el Código europeo contra el cáncer, 2021 - 2025.
 - Crear una «Generación sin tabaco» que incluya la revisión de la Directiva sobre los productos del tabaco, la Directiva sobre la fiscalidad del tabaco y el marco jurídico sobre las compras transfronterizas de tabaco; actualizar la Recomendación del Consejo sobre entornos libres de humo y apoyar la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, 2021-2025.
 - Revisar la legislación de la UE sobre la fiscalidad del alcohol y las compras transfronterizas de productos alcohólicos, y proponer el etiquetado obligatorio de los ingredientes y el contenido de nutrientes, junto con advertencias sanitarias en las bebidas alcohólicas, 2021-2023.
 - Reducir el consumo nocivo de alcohol a través del apoyo al desarrollo de capacidades y a las mejores prácticas; reducir la exposición de los jóvenes a la comercialización y la publicidad en línea de productos alcohólicos; aplicar intervenciones breves basadas en pruebas, 2021-2025.
 - Abordar las dietas poco saludables, la obesidad y la inactividad física y reducir los contaminantes carcinógenos en los alimentos, tratando la obesidad infantil y revisando el programa de la UE de distribución de frutas, hortalizas y leche en los centros escolares, apoyando a los Estados miembros y a las partes interesadas en la reformulación de productos alimentarios poco saludable y en las políticas eficaces para reducir su comercialización; proponer un etiquetado obligatorio armonizado sobre propiedades nutritivas en la parte frontal de los envases, o lanzar el compromiso político «HealthyLifestyle4All», 2021-2024.
 - Ajustar más las normas de calidad del aire de la Unión a las directrices de la OMS y promover una movilidad sostenible e inteligente, 2022-2023.
 - Reducir la exposición a sustancias cancerígenas mediante la modificación de la Directiva sobre agentes carcinógenos y mutágenos, 2021-2025.
 - Adoptar un nuevo Marco estratégico de seguridad y salud en el trabajo para reducir más la exposición de los trabajadores a las sustancias químicas, 2021-2027.
 - Poner en marcha la Asociación sobre la evaluación de los riesgos de las sustancias químicas de Horizonte Europa, 2021.

3. Detección precoz:

- Iniciativas emblemáticas:
 - Desarrollar un nuevo Plan de la UE para el Cribado del Cáncer para garantizar que, de aquí a 2025, se ofrezca el cribado del cáncer de mama, de cuello del útero y colorrectal al 90 % de la población objetivo, 2021-2025.
- Otras acciones:
 - Actualizar y estudiar la ampliación de la Recomendación del Consejo sobre el cribado del cáncer, 2022.
 - Desarrollar nuevas directrices y sistemas de garantía de calidad para el cribado, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, el seguimiento y los cuidados paliativos del cáncer colorrectal y de cuello del útero, incluidos los programas de acreditación y certificación, al tiempo que se actualizan continuamente las directrices existentes sobre el cáncer de mama, 2021-2025.
 - Actualizar el Sistema Europeo de Información del Cáncer para supervisar y evaluar los programas de cribado del cáncer, 2021-2022.

4. Atención al cáncer:

- Iniciativas emblemáticas:
 - Establecer una Red de la UE que vincule los Centros Oncológicos Integrales Nacionales reconocidos en cada Estado miembro para mejorar el acceso a un diagnóstico y una atención de alta calidad, 2021-2025.
 - Poner en marcha una iniciativa sobre «Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer para Todos» con objeto de mejorar el acceso a diagnósticos y tratamientos del cáncer innovadores, 2021-2025.
 - Lanzar UNCAN.eu para ayudar a detectar a las personas con alto riesgo de padecer cánceres comunes, 2021-2025.
- Otras acciones:
 - Poner en marcha un Programa de Formación Inter-especialidades, centrado en la oncología, la cirugía y la radiología, para optimizar el diagnóstico y el tratamiento de los y las pacientes con cáncer, 2021-2025.
 - Establecer un grupo de nuevas redes de referencia sobre tipos específicos de cáncer, 2022-2025.
 - Crear una plataforma de la UE para apoyar la reorientación de los medicamentos existentes, 2021-2025.
 - Adoptar la propuesta de Reglamento sobre evaluación de las tecnologías sanitarias, 2021.

- Presentar el Plan de Acción SAMIRA para garantizar la calidad y seguridad de la tecnología de radiación y el suministro de radioisótopos de importancia médica para el diagnóstico y el tratamiento, 2021-2025.
 - Establecer una Asociación sobre medicina personalizada, 2023.
 - Desarrollar una hoja de ruta hacia la prevención personalizada, 2023-2025.
 - Poner en marcha el proyecto «Genómica para la Salud Pública» para ayudar a los Estados miembros a aprovechar al máximo la rápida evolución de la genómica, 2021- 2025.
 - Poner en marcha un nuevo proyecto que utilice la informática de alto rendimiento para llevar a cabo pruebas rápidas de las moléculas existentes y de las nuevas combinaciones de medicamentos, 2023-2025.
 - Ayudar a los investigadores que trabajan en tratamientos personalizados contra el cáncer mediante un apoyo a medida y nuevas plataformas digitales, 2021-2027.
 - Apoyar proyectos colaborativos sobre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer mediante la informática de alto rendimiento y la inteligencia artificial, 2021-2027.
5. Calidad de vida de los y las pacientes de cáncer y sus cuidadores:
- Iniciativas emblemáticas:
 - Poner en marcha la «Iniciativa para Mejorar la Vida de los y las Pacientes con Cáncer», que incluye una «tarjeta inteligente para supervivientes de cáncer» y la creación de un «Centro digital europeo de pacientes con cáncer» virtual para apoyar el intercambio de datos de los y las pacientes y el seguimiento del estado de salud de los supervivientes, 2021-2023.
 - Otras acciones:
 - Garantizar la plena aplicación de la Directiva relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores, 2021-2022.
 - Abordar el acceso equitativo de los supervivientes de cáncer a los servicios financieros (incluidos los seguros), a través de un código de conducta y una reflexión sobre las soluciones a largo plazo, 2021-2023.
6. Desigualdades:
- Iniciativas emblemáticas:
 - Establecer un Registro de Desigualdades frente al Cáncer para cartografiar las tendencias de los principales datos sobre el cáncer y detectar así las desigualdades entre los Estados miembros y las regiones, 2021-2022.
 - Otras acciones:
 - Reforzar e integrar la telemedicina y el seguimiento a distancia en los sistemas de salud y asistencia; promover el modelo de consulta virtual de las Redes Europeas de Referencia (RER), 2021-2023.
-

- Mejorar la resiliencia, la accesibilidad y la eficacia generales de los sistemas de salud europeos para salvaguardar la prestación de servicios de atención del cáncer en futuras crisis sanitarias, 2021-2025.
- Incorporar acciones en materia de igualdad en otros ámbitos abordados por el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, como el cribado y la atención del cáncer de alta calidad, 2021-2025.

7. Cáncer pediátrico:

- Iniciativas emblemáticas:
 - Poner en marcha la «Iniciativa para Ayudar a los Niños con Cáncer» con el fin de garantizar que los niños tengan acceso a una detección, diagnóstico, tratamiento y atención rápidos y óptimos, 2021.
- Otras acciones:
 - Establecer una «red de la UE de jóvenes supervivientes de cáncer», 2021-2022.
 - Poner en marcha la iniciativa sobre cánceres infantiles y cánceres en adolescentes y jóvenes adultos para aumentar la comprensión del cáncer pediátrico, 2022-2025.

Recientemente (septiembre de 2022) el Consejo de Europa ha publicado una actualización en cribados de cáncer, que propone revisar las cohortes incluidas en la actualidad en los cribados de mama y colon-recto, además de valorar la incorporación de cribados para el cáncer de pulmón, de próstata y gástrico.

En España, la *Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS)* fue aprobada por el *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)* en marzo de 2006, con el consenso y la participación de las Comunidades Autónomas (CC.AA.), las sociedades científicas relevantes en la materia y las asociaciones de pacientes.

La segunda edición de la *Estrategia* ha sido en 2009 y su última evaluación en 2014. En estos últimos años se han producido cambios en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, por lo que se hacía necesaria la actualización de dicha *Estrategia*, que fue aprobada por el CISNS en enero del 2021, con el objetivo de revisar la situación actual, los resultados alcanzados, y definir las líneas de trabajo para los próximos años para todo el territorio nacional.

Esta última actualización de la *Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud*, no recogía el impacto de la COVID-19 en la atención oncológica, lo que motivó que el 24 de febrero de 2021 el Consejo Interterritorial del SNS llegase a un Acuerdo sobre la pandemia de la COVID-19 y la prevención y el control del cáncer.

En el documento se ponen de manifiesto una serie de avances adoptados, a raíz de la pandemia por COVID-19, en la atención del paciente oncológico como han sido la incorporación de la telemedicina y telefarmacia, circuitos especiales para pacientes

COVID-19 en las unidades de radioterapia, realización de analíticas de control en atención primaria y tratamiento domiciliario, promoción de terapias de quimioterapia oral, etc.

Por el contrario, también se recogen aspectos negativos que han supuesto un descenso en los diagnósticos de cáncer motivado por la suspensión de los programas de cribado poblacional, la dificultad en el acceso a los recursos asistenciales, el alargamiento del tiempo de acceso a las pruebas diagnósticas o el miedo al contagio en los y las pacientes por acudir a los servicios sanitarios.

La pandemia también ha influido de manera negativa en la actividad sanitaria obligando a reorganizarla con lo que ha supuesto una reducción en las cirugías programadas, en la quimioterapia en pacientes hematológicos por mayor riesgo, en los ensayos clínicos y en lo que resulta más dramático, la dificultad para los familiares a la hora de acompañar al paciente en sus necesidades asistenciales y al final de la vida.

En Asturias, el *Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030*, contiene dentro de sus metas una serie de indicadores relacionados con el cáncer y sus factores de riesgo en nuestra CA:

- Metas propuestas para la disminución de las desigualdades de salud relacionados con otros ejes de equidad:
 - Reducir las desigualdades sociales en el consumo de tabaco.
 - Reducir las desigualdades sociales en la exposición al humo del tabaco en población infantil.
 - Reducir las desigualdades sociales en el consumo de alcohol.
 - Reducir las desigualdades sociales en la prevalencia de obesidad en mayores de 18 años.
 - Reducir las desigualdades sociales en la prevalencia de obesidad infantil.
- Metas propuestas para mejorar los determinantes de calidad ambiental que influyen en la salud:
 - Reducir las emisiones de contaminantes a la atmósfera desde el sector industrial.
 - Reducir la emisión de contaminantes a la atmósfera desde el sector del transporte y la movilidad en general.
 - Disminuir la emisión de contaminantes a la atmósfera desde el sector residencial y terciario.
 - Disminuir la evolución anual de las emisiones de gases de efecto invernadero.
- Metas propuestas para mejorar los estilos de vida que influyen en la salud:
 - Reducir la prevalencia de tabaquismo.
 - Reducir la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol.

- Reducir la prevalencia de sedentarismo en la población adulta.
- Reducir la prevalencia de obesidad en población de 18 y más años.
- Reducir la prevalencia de obesidad en población de 2 a 17 años.
- Metas propuestas para mejorar la respuesta sanitaria y su influencia en la salud:
 - Disminuir el número de hospitalizaciones evitables.
 - Incremento de la población con declaración de instrucciones previas.
- Metas propuestas para mejorar los resultados de salud:
 - Reducir la mortalidad por cáncer.
 - Reducir la mortalidad prematura por cáncer.
 - Disminuir el riesgo de padecer un cáncer hasta los 74 años de edad.
 - Disminuir la mortalidad atribuible al alcohol.
 - Disminuir la mortalidad atribuible al tabaco.
 - Reducir la incidencia de infección por VIH y otras ETS.

Dentro de las líneas prioritarias establecidas en el *Plan de Salud 2019-2030*, se encuentran los cuidados paliativos y la atención a las personas en el proceso del final de la vida, junto con el alcohol y el tabaco, que como veremos más adelante se incluyen en esta Estrategia.

En nuestra CA se han desarrollado dos *Programas de Atención al Cáncer (PAC) del Principado de Asturias*, el primero en el periodo 2005-2007 y el segundo y último en el 2010-2013.

El tiempo transcurrido desde este último programa, la irrupción de la pandemia por COVID-19 y la aparición de la última actualización de la Estrategia en Cáncer del SNS, hace necesaria la puesta en marcha de una Estrategia contra el cáncer en nuestra CA, en sintonía con la nacional y que esté en continua revisión y adaptación para poder afrontar, con una calidad asistencial indiscutible, todos los problemas que surjan en el contexto del paciente oncológico y su entorno. Hemos de trabajar en equipos multidisciplinares y adaptar el modelo asistencial a las características de nuestra población cada vez más envejecida.

Para la elaboración de esta Estrategia hemos partido de la situación epidemiológica del cáncer en nuestra CA, y la hemos enmarcado dentro del *Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030*, teniendo en cuenta las recomendaciones de la Estrategia en Cáncer del SNS 2021, y los Planes y Estrategias de cáncer de la UE y de la OMS, lo que nos proporciona el marco de trabajo para la lucha contra el cáncer en los próximos años, pudiendo señalar como aspectos claves:

- Actualización del Código Europeo contra el Cáncer como herramienta para la prevención primaria y la detección precoz.
- Implementación del cribado del cáncer de cuello de útero junto con el de mama y el colon-recto ya existentes y la posibilidad de aprobación de nuevos cribados.

- Atención integral del paciente en todas las esferas de salud (sanitaria, psicológica, preventiva, secuelas, etc.).
- Atención multidisciplinar con la creación de circuitos entre atención primaria (AP) y atención hospitalaria que permitan un acceso rápido cuando hay un signo o síntoma de riesgo de diagnóstico de cáncer (banderas rojas del cáncer).
- Incorporación en la cartera de servicios de las innovaciones diagnósticas, tecnológicas y terapéuticas, que cumplan con los criterios de calidad, eficiencia y equidad.
- Diagnóstico y tratamiento personalizado del paciente oncológico con el uso de marcadores moleculares y diagnóstico genético, para poder mejorar la estratificación del riesgo y pronóstico, así como evaluar la predicción de la respuesta al tratamiento o su toxicidad.
- Mejorar la atención a los tumores raros con el modelo de centros europeos de referencia junto con el Centros de referencia del SNS (CSUR).
- Mejorar la información disponible sobre el cáncer mejorando los registros tanto para el cáncer en adultos como pediátrico.
- Atención integral de los y las pacientes que hayan sobrevivido al cáncer.
- Aumentar la financiación de los proyectos de investigación contra el cáncer tanto en centros de investigación como en centros asistenciales.

Desde la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud, a través del Servicio de Salud Poblacional, se ha elaborado y coordinado esta Estrategia en estrecha colaboración con la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

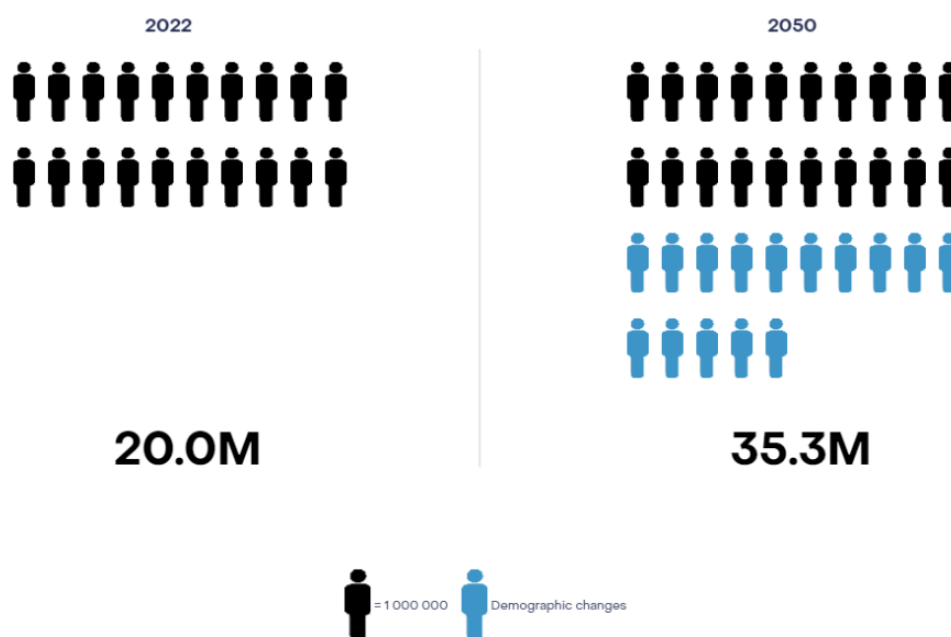
El Decreto 73/2014, de 23 de julio, de organización y funcionamiento del Comité de Cáncer del Principado de Asturias, órgano de asesoramiento técnico a las autoridades sanitarias en materia de planificación de servicios, programación, investigación, y prevención oncológica, adscrito a la Consejería de Salud, establece en su artículo 3 la composición de dicho Comité, así como la forma de designación de sus miembros. Por la Resolución de 16 de agosto de 2022 del Consejero de Salud se actualizaron los miembros del citado Comité. Esta Estrategia ha sido presentada y aprobada por dicho Comité, a través del cual se hará su seguimiento y se evaluarán las acciones y los objetivos que se proponen en ella.

3 LAS CIFRAS

3.1 Mundiales

La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), estimó que en el año 2022 se diagnosticaron aproximadamente 20 millones nuevos casos de cáncer en el mundo (excluyendo los cánceres de piel no melanoma). La IARC estima que para el año 2050, el número de casos nuevos de cáncer en el mundo ascenderá a 35,3 millones, debiendo tener en consideración la influencia que la pandemia de la COVID-19 haya ejercido en los diagnósticos de cáncer (Gráfico 1).

Gráfico 1: Número de casos nuevos de cáncer a nivel mundial. Estimaciones para 2022 y 2050 en ambos sexos y todas las edades. (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).



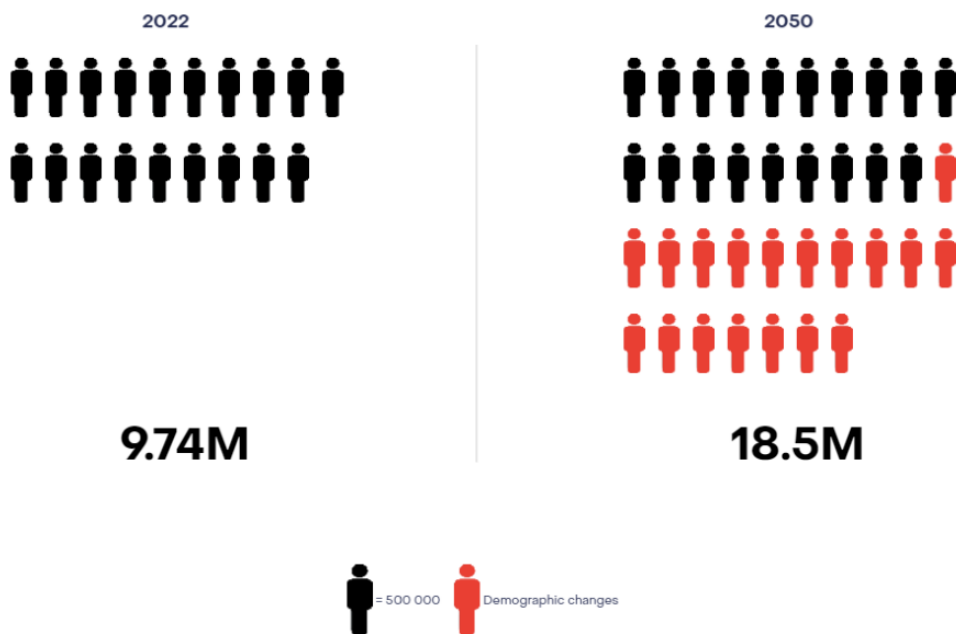
Cancer Tomorrow | IARC - <https://gco.iarc.who.int>
 Data version: Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024 © All Rights Reserved 2024

El número de personas fallecidas por cáncer a nivel mundial en 2022, según las estimaciones realizadas por la IARC, es de casi 9,74 millones y, al igual que ocurre con la incidencia, se prevé que para el año 2050 la mortalidad por cáncer a nivel mundial afecte a 18,5 millones de personas (Gráfico 2).

Las estimaciones que realiza la IARC, para el 2050 para los nuevos casos de cáncer y fallecidos por cáncer se muestran en el Gráfico 3, donde puede verse que sigue la tendencia ascendente y que siguen siendo los casos globales más frecuentes en los hombres.

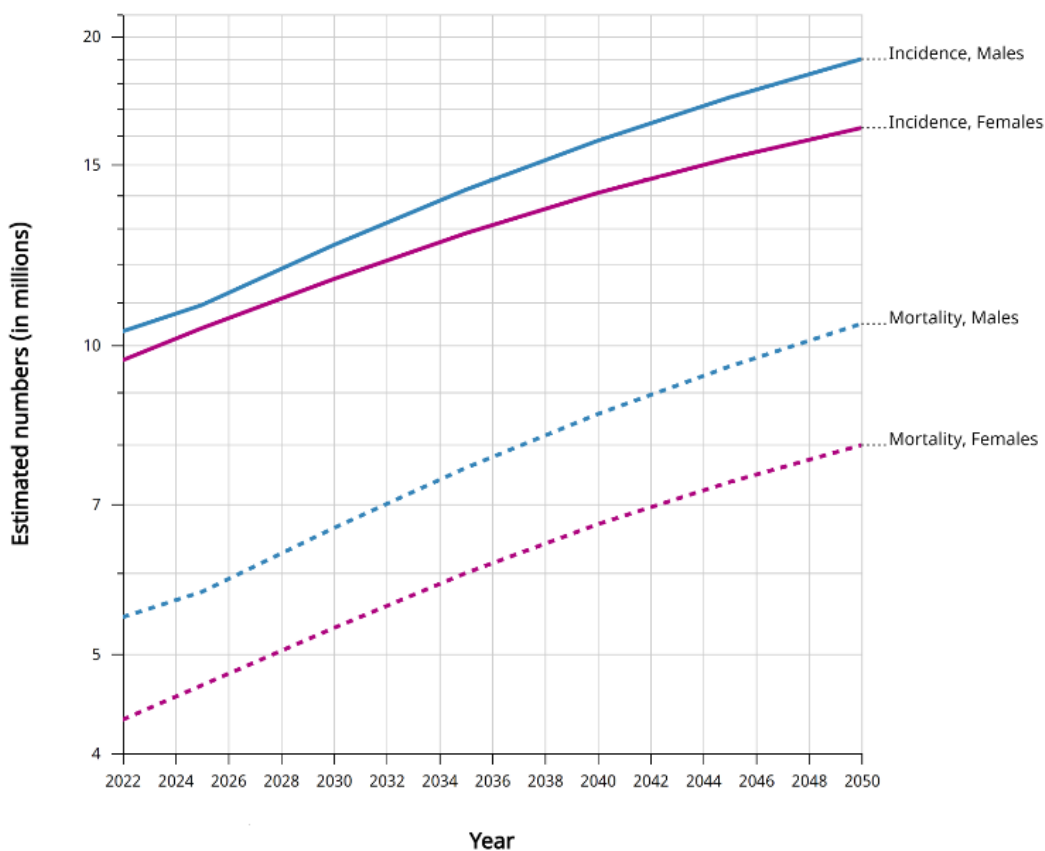
Por continente, las estimaciones muestran que Asia es el que mayor número de casos aporta, seguido de Europa tanto en incidencia como en mortalidad. El tercer puesto lo ocupa América del Norte en incidencia y África en fallecidos (Gráficos 4 y 5).

Gráfico 2: Número de fallecidos por cáncer a nivel mundial. Estimaciones para 2022 y 2050 en ambos sexos y todas las edades. (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).



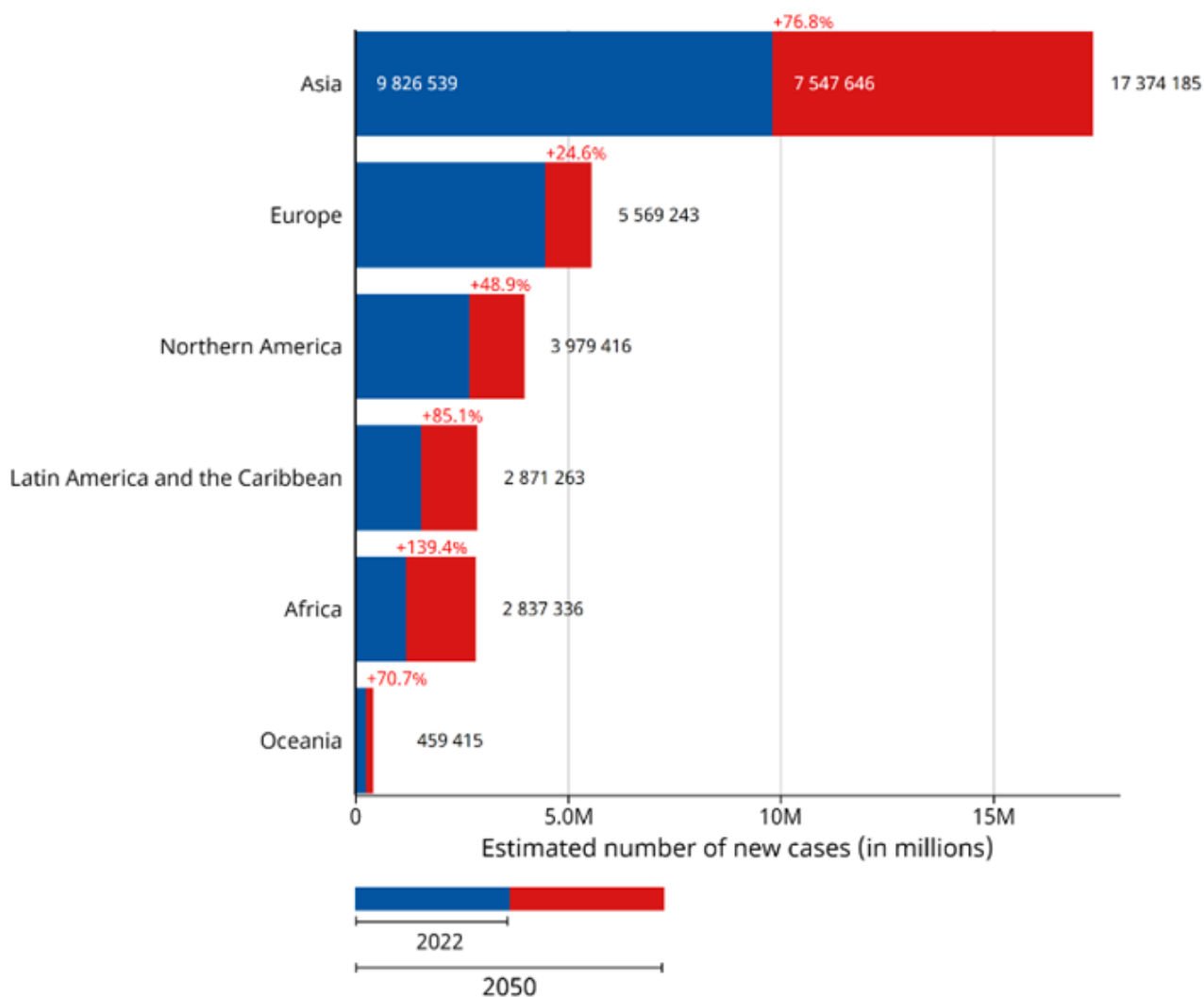
Cancer Tomorrow | IARC - <https://gco.iarc.who.int>
 Data version: Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024 © All Rights Reserved 2024

Gráfico 3: Número de nuevos casos y fallecidos por cáncer a nivel mundial. Estimaciones para 2022 y 2050 por sexo y en todas las edades. (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).



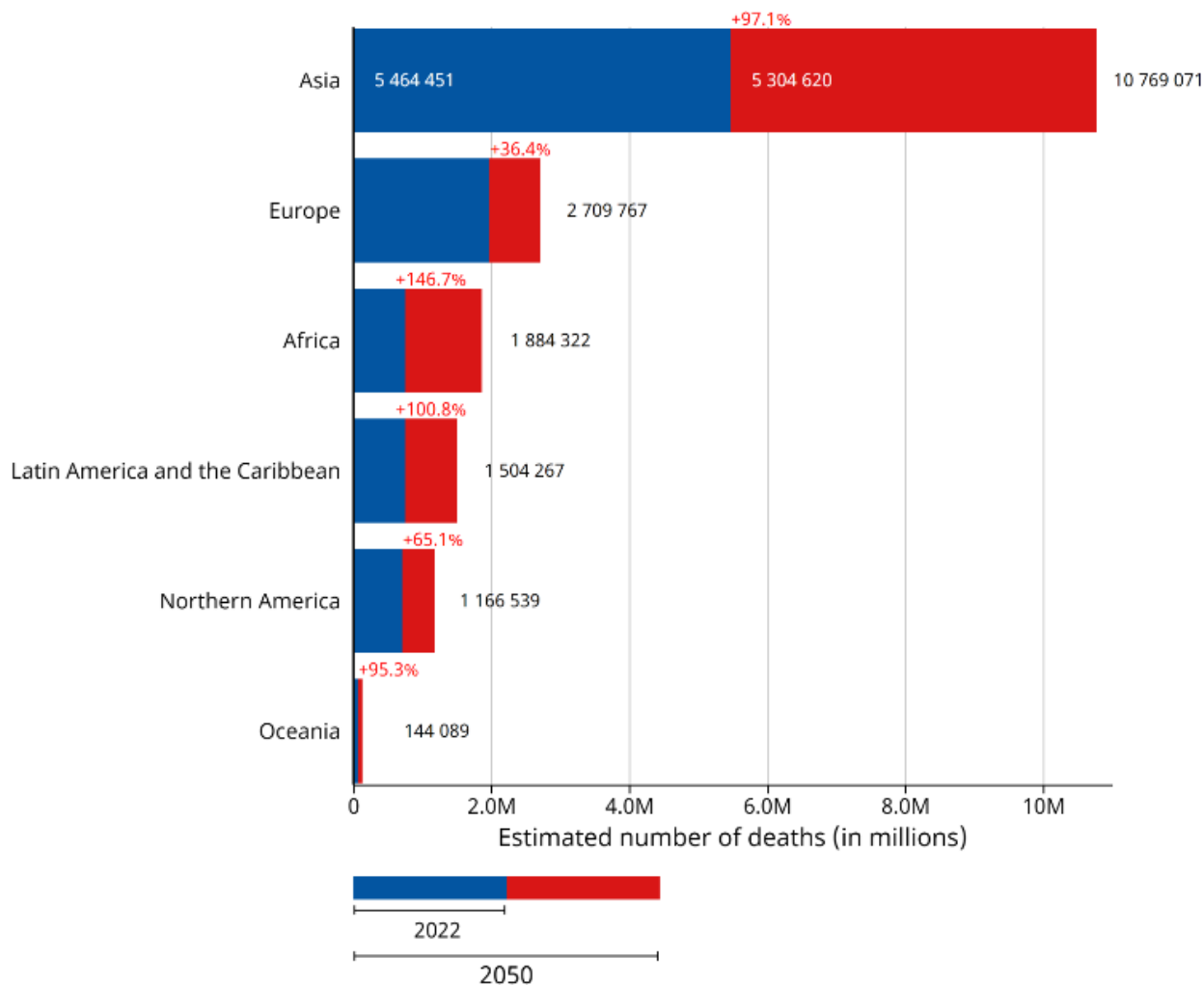
Cancer Tomorrow | IARC - <https://gco.iarc.who.int>
 Data version: Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024 © All Rights Reserved 2024

Gráfico 4: Número de nuevos casos de cáncer a nivel mundial. Estimaciones para 2022 y 2050 por continente en ambos sexos y en todas las edades. (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).



Cancer Tomorrow | IARC - <https://gco.iarc.who.int>
 Data version: Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024 © All Rights Reserved 2024

Gráfico 5: Número de fallecidos por cáncer a nivel mundial. Estimaciones para 2022 y 2050 por continente en ambos sexos y en todas las edades. (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).



Cancer Tomorrow | IARC - <https://gco.iarc.who.int>
 Data version: Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024 © All Rights Reserved 2024

Los tipos de cáncer que se han diagnosticado con más frecuencia (más de un millón de casos) a nivel mundial en el año 2022, han sido el cáncer de pulmón, mama, colon-recto y próstata (Gráfico 6). Si especificamos por sexo, en hombres el más frecuente ha sido el cáncer de pulmón con un 15,2% del total de casos seguido por el de próstata (14,2%) y colon-recto (10,4%), mientras que en las mujeres por orden de frecuencia han sido el de mama (23,8%), colon-recto y pulmón.

Los tipos de cáncer que han causado mayor número de fallecidos a nivel mundial en el año 2022, han sido el cáncer de pulmón, colon-recto, hígado, estómago y mama. Si especificamos por sexo, en hombres el cáncer de pulmón con un 22,7% sigue siendo la primera causa de mortalidad por cáncer, seguido por el cáncer de hígado (9,6%), y en las mujeres lo es el cáncer de mama (15,4%) seguido por el pulmón (13,5%). En ambos sexos el cáncer de colon-recto supone la tercera causa de mortalidad por cáncer.

Conviene destacar que a nivel mundial, el cáncer de cuello de útero supone el 8,1% del total de fallecimientos por cáncer en las mujeres (Gráfico 7).

Gráfico 6: Cánceres más frecuentes a nivel mundial. Estimaciones para 2022 en ambos sexos y todas las edades. (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).

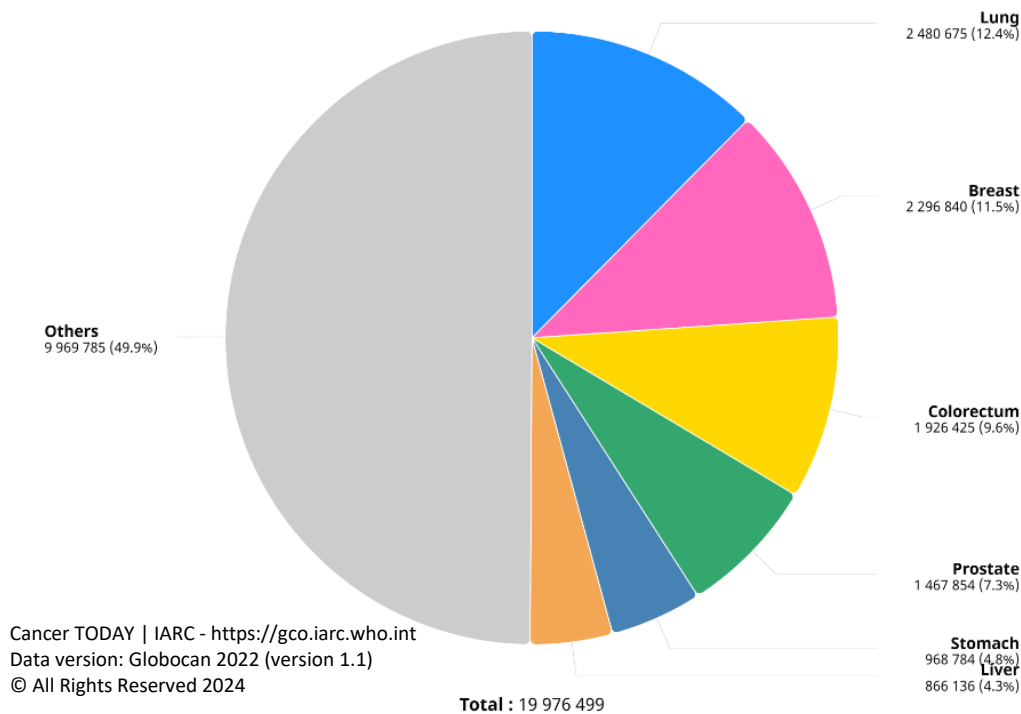
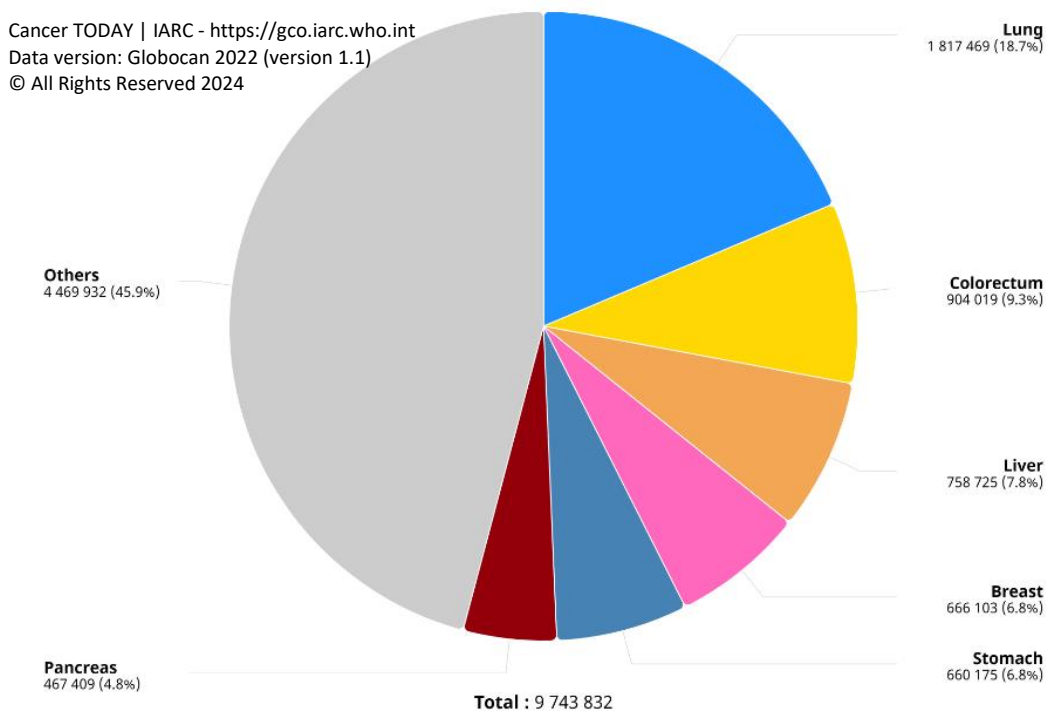


Gráfico 7: Fallecidos por tipo de cáncer a nivel mundial. Estimaciones para 2022 en ambos sexos y todas las edades. (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).

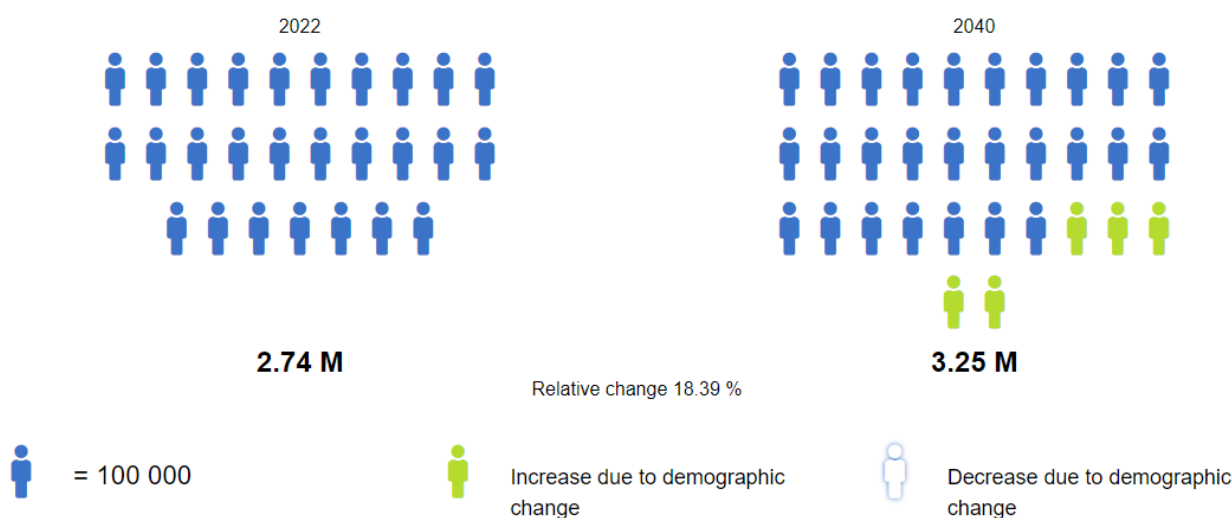


3.2 Europa

En la Unión Europea (UE), el Sistema Europeo de Información sobre el cáncer (ECIS) prevé un incremento del 18,39% en la incidencia de cáncer para 2040 con respecto al 2022, pasando de 2,74 a 3,25 millones de casos de cáncer respectivamente. (Gráfico 8)

El número de personas fallecidas por cáncer en la EU27 en 2022, según las estimaciones realizadas por el ECIS, es de casi 1,29 millones y, al igual que ocurre con la incidencia, se prevé que para el año 2040 la mortalidad por cáncer a nivel mundial afecte a 1,63 millones de personas, lo que supone un cambio relativo del 26,34% (Gráfico 9).

Gráfico 8: Número de casos nuevos de cáncer en la EU27. Estimaciones para 2022 y 2040 en ambos sexos y todas las edades. (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).



Fuente: Sistema Europeo de Información del Cáncer (ECIS). <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

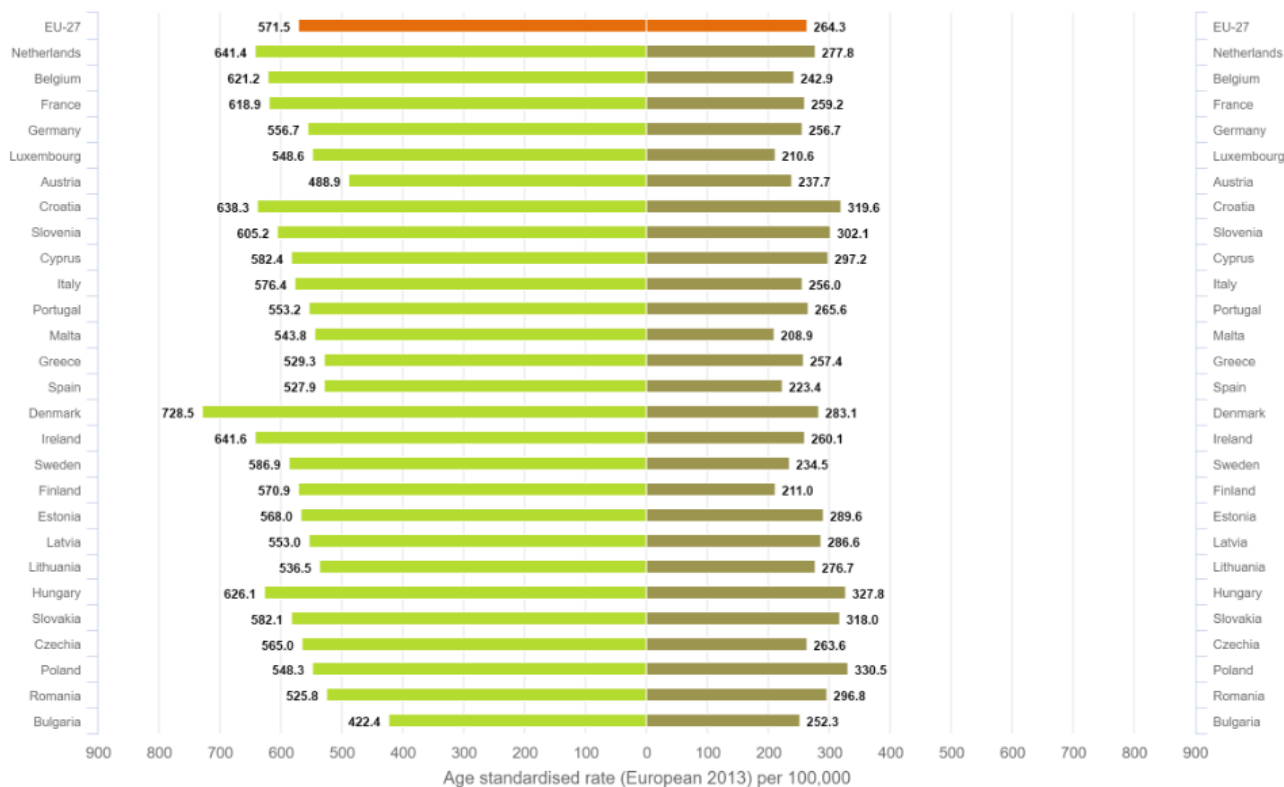
Gráfico 9: Número de fallecidos por cáncer en la EU27. Estimaciones para 2022 y 2040 en ambos sexos y todas las edades. (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).



Fuente: Sistema Europeo de Información del Cáncer (ECIS). <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

Dentro de las estimaciones del ECIS para 2022, España se encuentra por debajo de la tasa de la EU27 tanto en incidencia como en mortalidad (Gráfico 10)

Gráfico 10: Estimación de la incidencia y mortalidad de los casos de cáncer en la EU-27 en 2022. Tasa estandarizada por edad (Europa nueva) por 100.000 h en ambos sexos y todas las edades. (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).

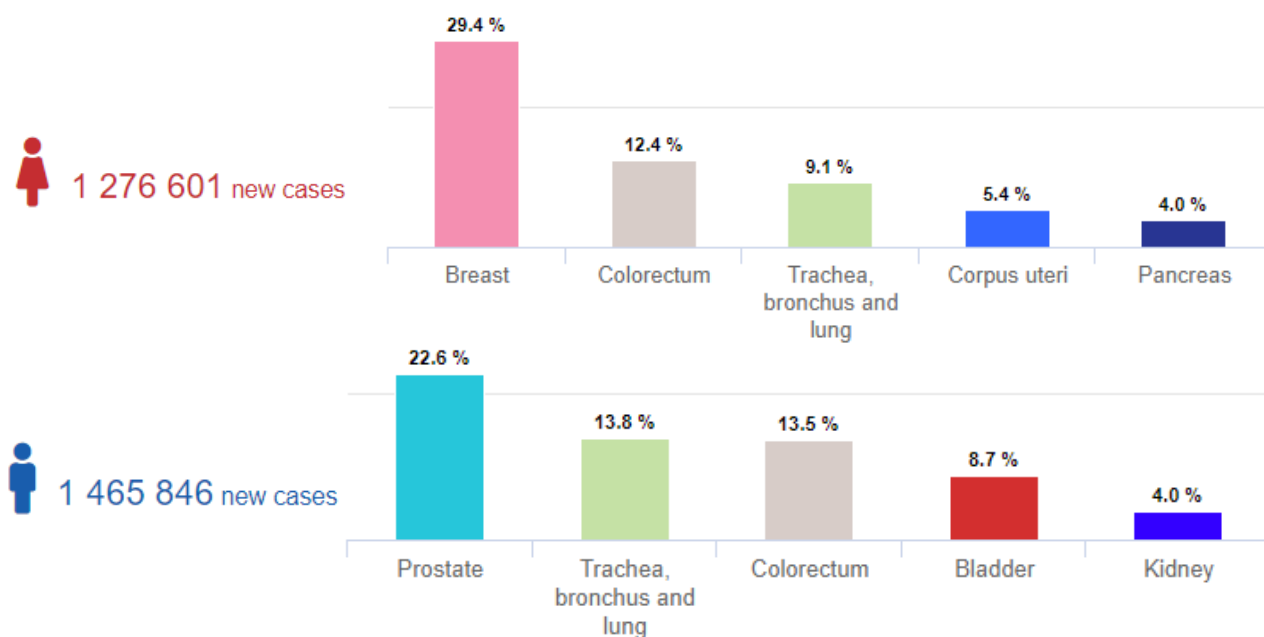


Fuente: Sistema Europeo de Información del Cáncer (ECIS). <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

En cuanto al sexo, el cáncer más frecuente en las mujeres en 2022 ha sido el de mama con un 29,4% de todos los casos, y en hombres el de próstata con un 22,6% (Gráfico 11).

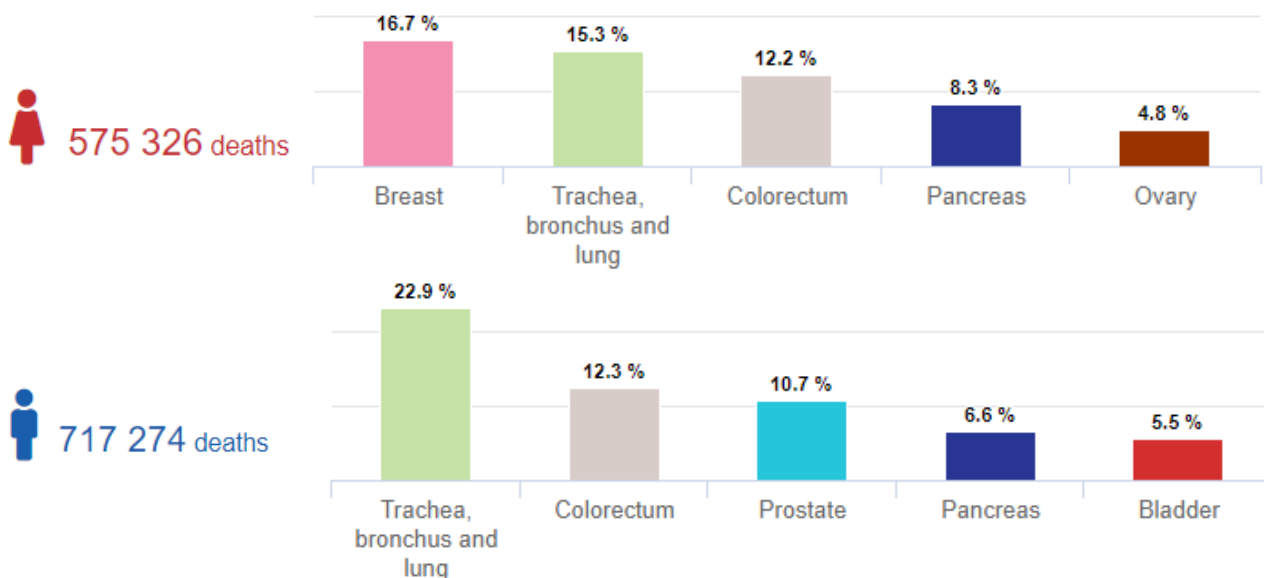
Los tipos de cáncer que han producido más número de fallecidos en el 2022 entre las mujeres han sido el de mama (16,7%) seguido del cáncer de pulmón (15,3%) y el colon-recto (12,2%); entre los hombres el cáncer de pulmón es que más fallecidos presenta (22,9%), seguido de colon-recto (12,3%) y en tercer lugar con un 10,7% el de próstata (Gráfico 12).

Gráfico 11: Número de casos nuevos de cáncer en la EU27. Estimaciones para 2022 por sexos y todas las edades. (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).



Fuente: Sistema Europeo de Información del Cáncer (ECIS). <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

Gráfico 12: Número de fallecidos por cáncer en la EU27. Estimaciones para 2022 por sexos y todas las edades. (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).



Fuente: Sistema Europeo de Información del Cáncer (ECIS). <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

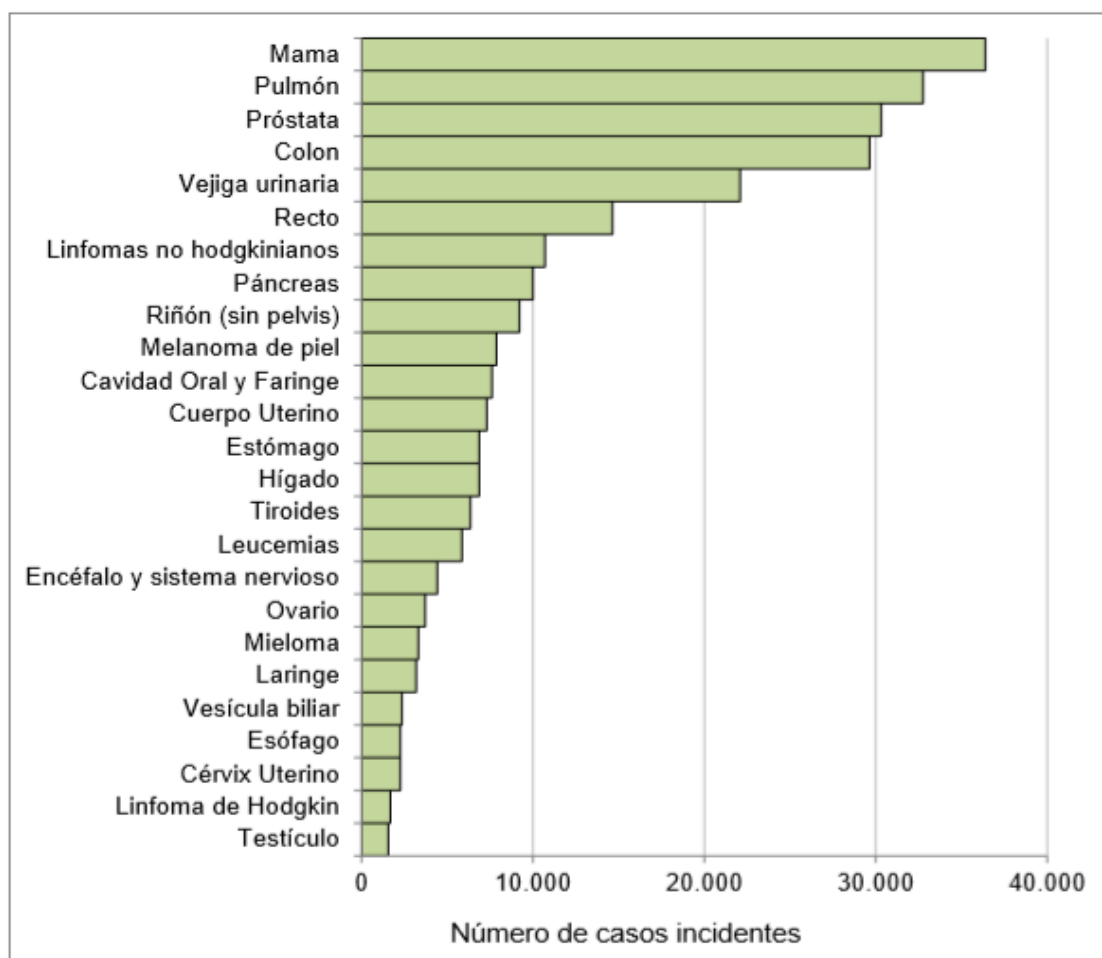
3.3 España

Según el último informe de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), sobre “Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2024”, el número total de casos incidentes estimados para 2024 es de 286.664 de los que 161.678 son en hombres y 124.986 en mujeres.

El cáncer más frecuente para ambos sexos ha sido, el de colon-recto con 44.294 nuevos casos (29.648 de colon y 14.646 de recto), seguido por el cáncer de mama femenina con 36.395 nuevos casos, el cáncer de pulmón con 32.768 nuevos casos y el de próstata con 30.316 nuevos casos. A más distancia se sitúa el cáncer de vejiga urinaria con 22.097 nuevos casos (Gráfico 13).

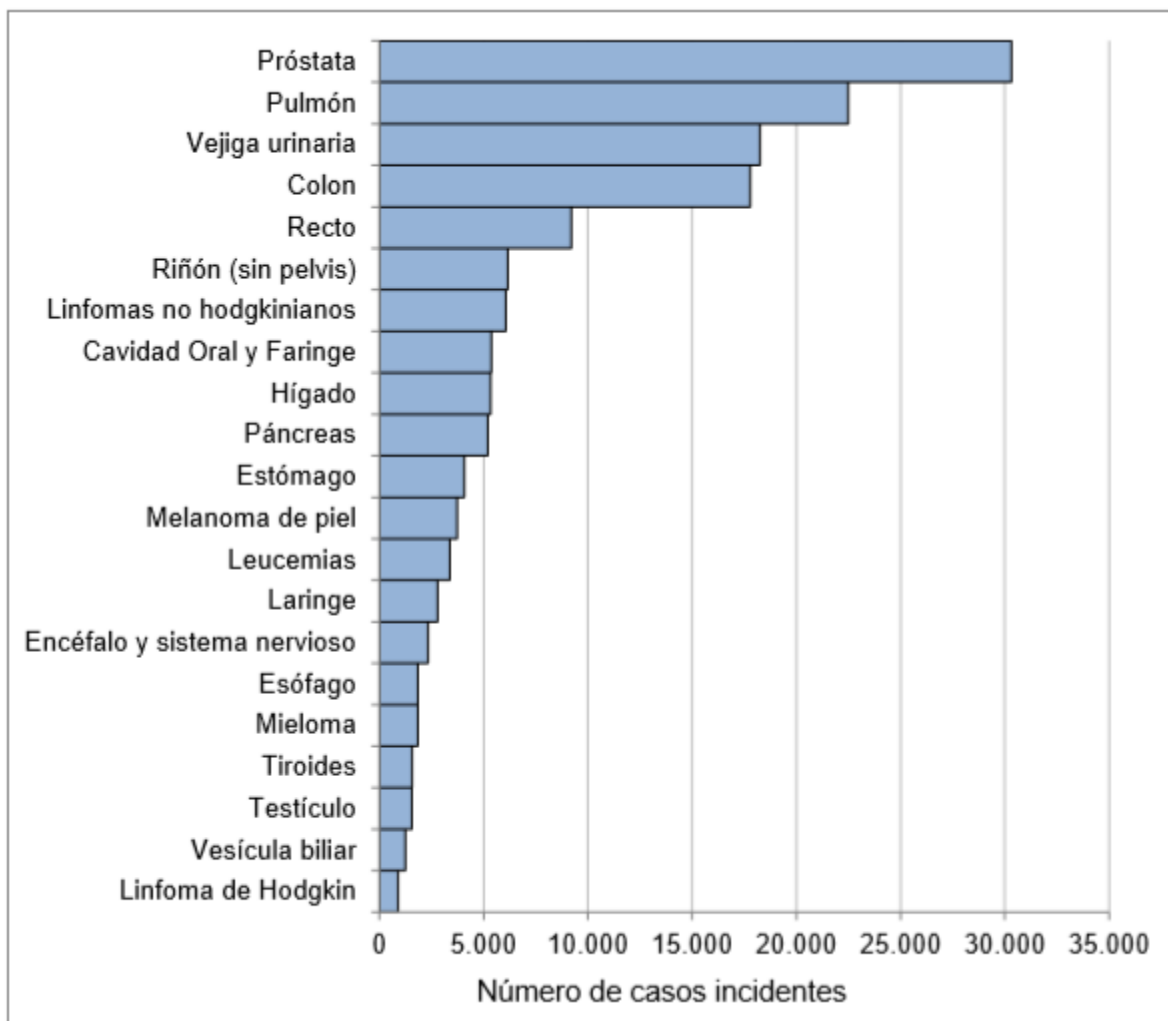
Por sexos, los cánceres más frecuentes en los hombres fueron el de próstata (30.316 casos), colon y recto (27.009), pulmón (22.483 casos) y vejiga urinaria (18.247 casos). En las mujeres los más frecuentes fueron el de mama (36.395 casos), colon y recto (17.285 casos), pulmón (10.285 casos) y cuerpo uterino (7.305 casos) (Gráficos 14 y 15).

Gráfico 13: Número estimado de casos incidentes de cáncer en España por tipo tumoral en ambos sexos, 2024.



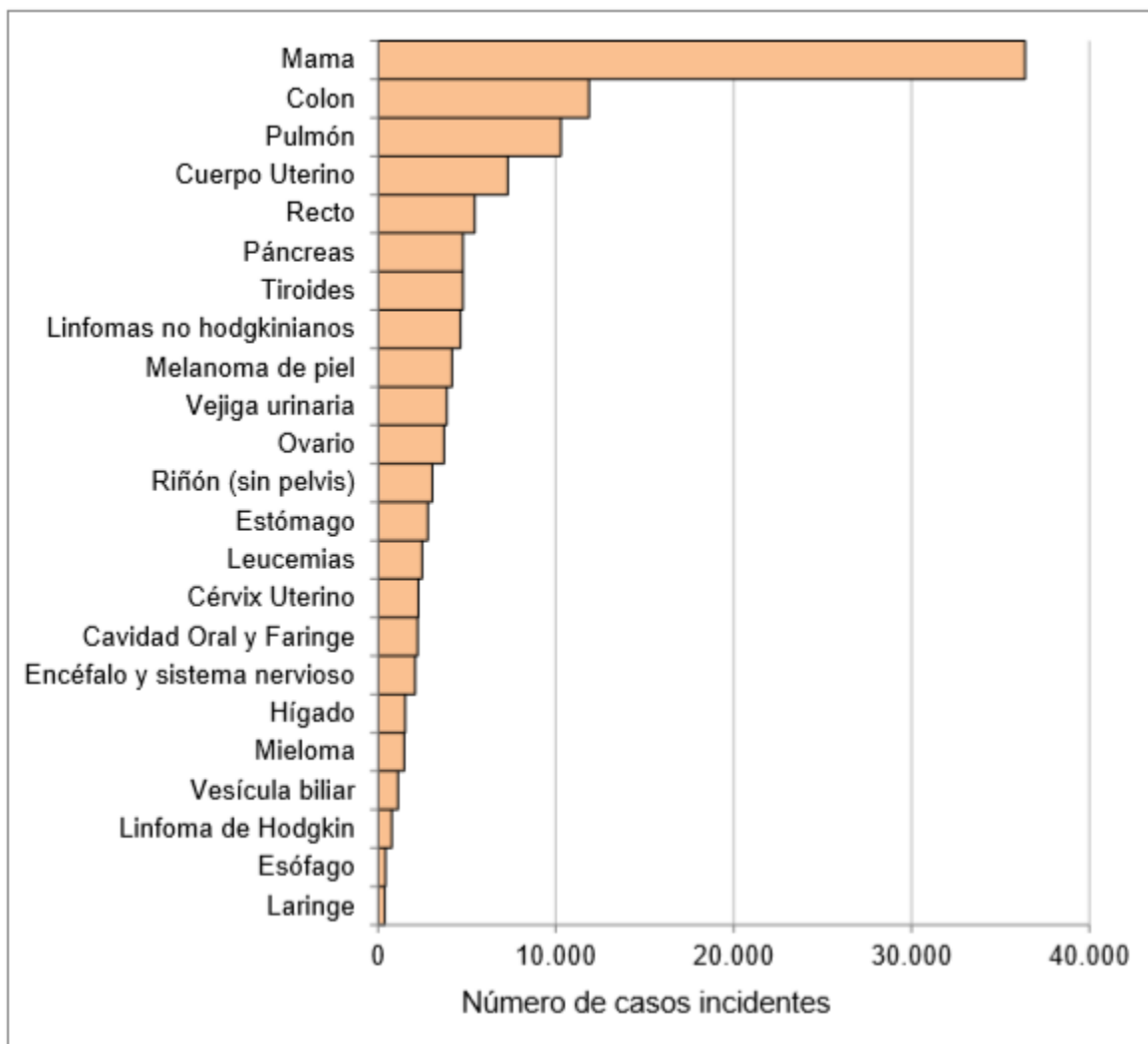
Fuente: Red Española de Registros de Cáncer

Gráfico 14: Número estimado de casos incidentes de cáncer en España por tipo tumoral en hombres, 2024.



Fuente: Red Española de Registros de Cáncer

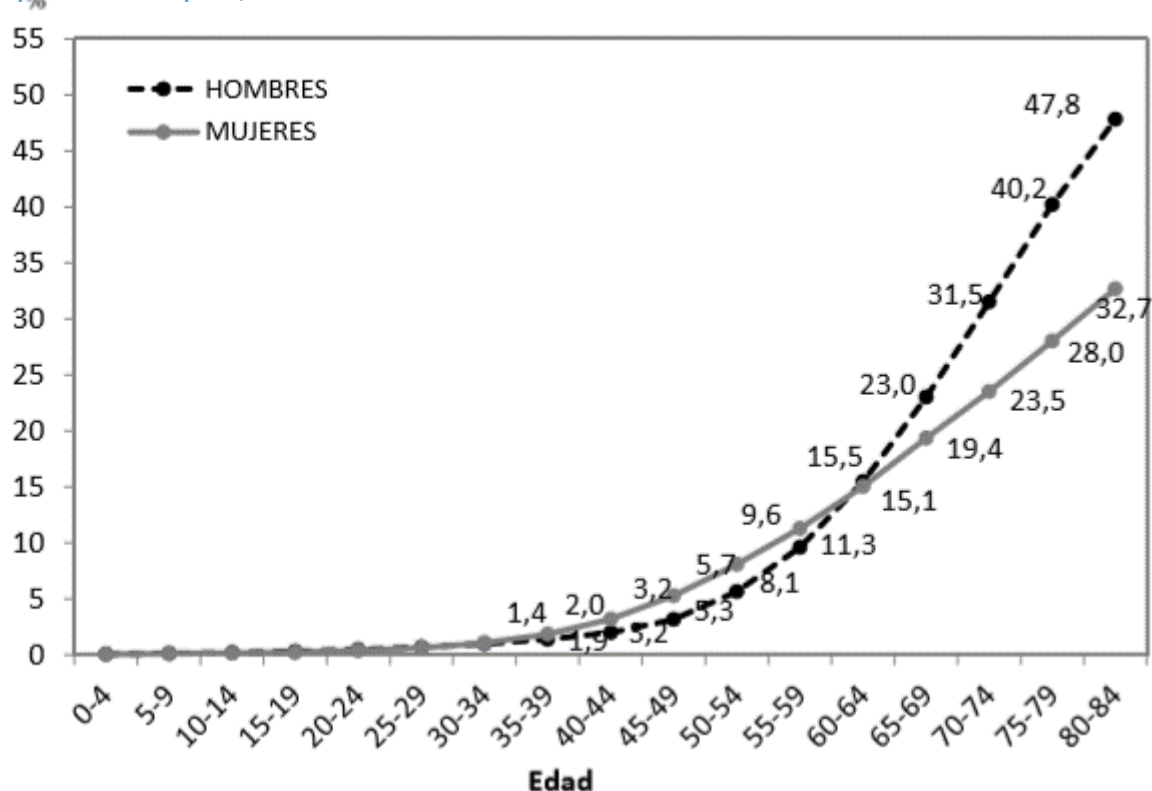
Gráfico 15: Número estimado de casos incidentes de cáncer en España por tipo tumoral en mujeres, 2024.



Fuente: Red Española de Registros de Cáncer

El siguiente gráfico muestra cómo va aumentando el riesgo (%) de desarrollar un cáncer en función de la edad por sexos. (Gráfico 16). Se puede observar como el riesgo empieza a aumentar de forma importante a partir de los 45-49 años. Entre los 39 y 64 años el riesgo es superior en las mujeres, para a partir de los 65 años incrementarse en los hombres y llegar a los 85 años, a valores del 47,8% en hombres, frente al 32,7% en las mujeres.

Gráfico 16: Probabilidad (%) de desarrollar un cáncer (excluidos los tumores cutáneos no melanoma) por sexos en España, 2024.



Respecto a la supervivencia en cáncer en España, los datos más actualizados los encontramos en el informe de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) publicado bajo el título “Supervivencia de cáncer en España, 2002-2013”. La perspectiva de género es fundamental en la explicación de la diferencia de supervivencia relacionada con el cáncer.

Los principales factores que influyen en la supervivencia de las personas con cáncer son tanto el estadio del cáncer en el momento de diagnóstico, como la efectividad de los procedimientos terapéuticos. Por ello, la supervivencia es considerada el principal indicador de efectividad del sistema asistencial en el control del cáncer.

Según el mismo, la tasa de supervivencia observada a 5 años para el total de cánceres excepto piel no melanoma (no mostrada) en hombres fue del 48,9% mientras que la neta, es decir, la que elimina el efecto de las otras causas de muerte, fue de 55,3%. En cambio, en mujeres los valores fueron más elevados. En el mismo periodo 2008-2013 la supervivencia observada fue de 57,4% y la neta de 61,7%, siendo el incremento de la supervivencia neta de 2,6% puntos porcentuales.

La principal causa de la diferencia de supervivencia entre sexos es la diferente distribución de los casos por tipo tumoral. Por ejemplo, el cáncer de pulmón, uno de los de peor pronóstico, es mucho más frecuente en hombres mientras que el cáncer de mama el de mayor incidencia en mujeres presenta una supervivencia mucho más elevada, a lo que contribuyen también los programas de diagnóstico precoz instaurados desde hace años para detectar la patología mamaria.

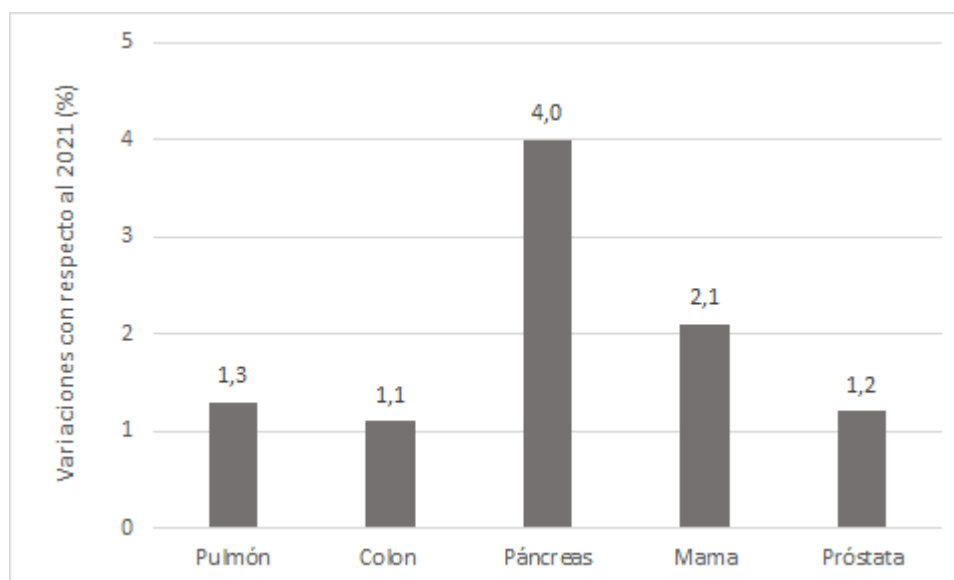
Aun así, un dato relevante es que la supervivencia del cáncer de pulmón es discretamente superior en las mujeres que en los hombres, observado tanto a nivel europeo como a nivel nacional (17,6% para las mujeres españolas y 12,7% para los hombres, según datos de REDECAN 2002-2013). Esta diferencia se debe al mejor pronóstico que tienen los adenocarcinomas en relación a los tumores escamosos, histología mucho más frecuente en hombres.

Las tasas de supervivencia disminuyen con la edad tanto en los hombres como en las mujeres. Así, la supervivencia neta a 5 años ajustada por edad en el grupo de edad de 15-44 años es de 75% y 84% en hombres y mujeres respectivamente, en el grupo de edad de 55-64 años es de 61% y 72%, y en el grupo de edad 75-99 años es de 41% y 41%.

En España (últimos datos del INE), se produjeron 114.828 defunciones por cáncer en 2022 (un 3,9% más que en 2021). El cáncer fue la segunda causa de muerte tras las enfermedades del sistema circulatorio (24,7% sobre el total de defunciones), siendo la primera causa de muerte en los hombres.

Los tipos de cáncer que causaron mayor número de defunciones, en 2022, han sido el cáncer de pulmón (22.727 casos), colon (11.142 casos), páncreas (7.973 casos), mama (6.754 casos) y próstata (5.962 casos). Las variaciones de la mortalidad con respecto a 2021 de estos cánceres se pueden observar en el gráfico 17, con un destacado aumento de la mortalidad por cáncer de páncreas.

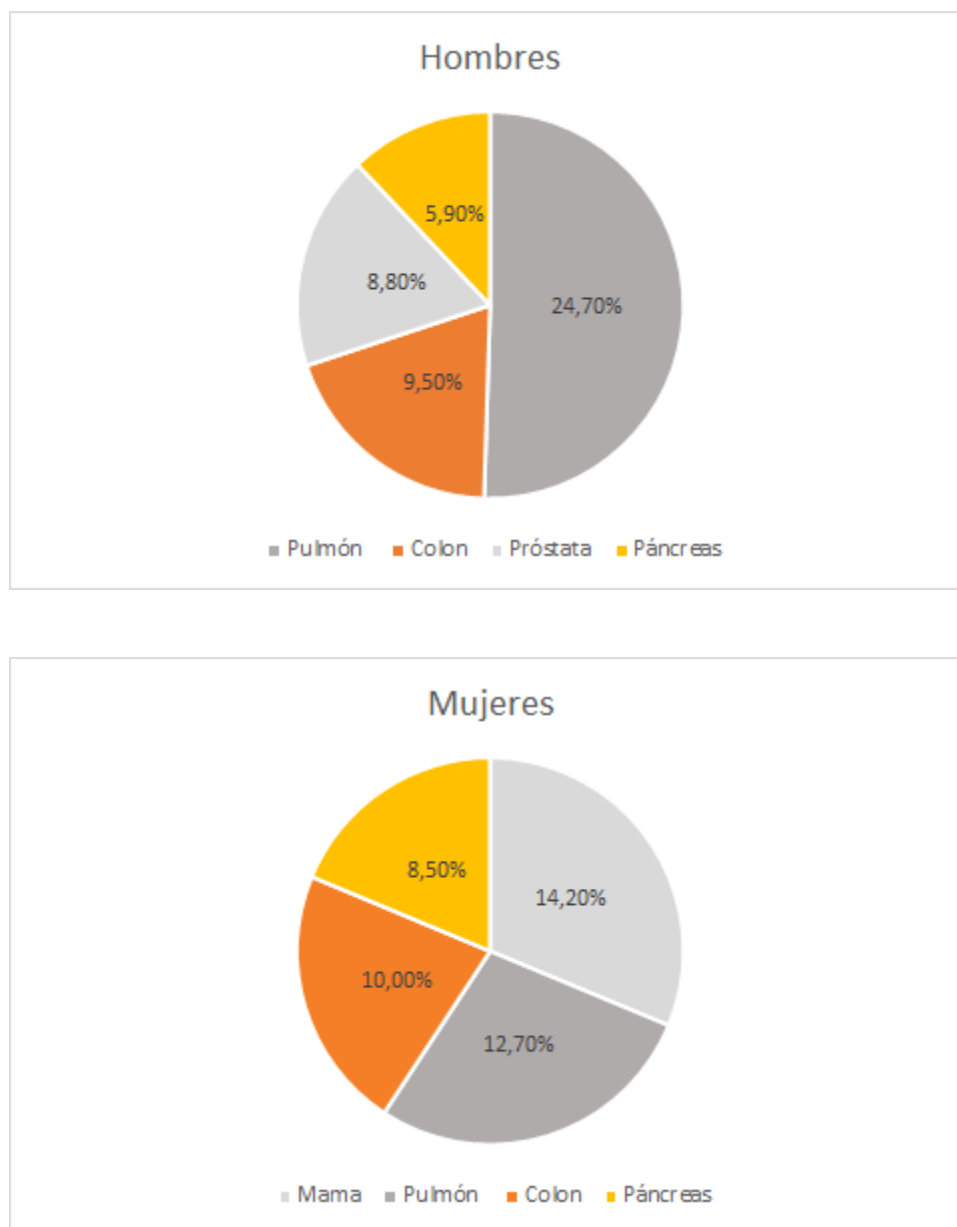
Gráfico 17: Variaciones (%) con respecto al 2021 en las defunciones por los cinco cánceres más frecuentes en España.



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)

Sobre el total de defunciones por cáncer en hombres, el cáncer de pulmón ha sido el que mayor porcentaje de fallecidos (24,7%) ha causado, y en mujeres el cáncer de mama (14,2%) (Gráfico 18).

Gráfico 18: Porcentaje de defunciones por los cánceres más frecuentes por sexo, España 2022.



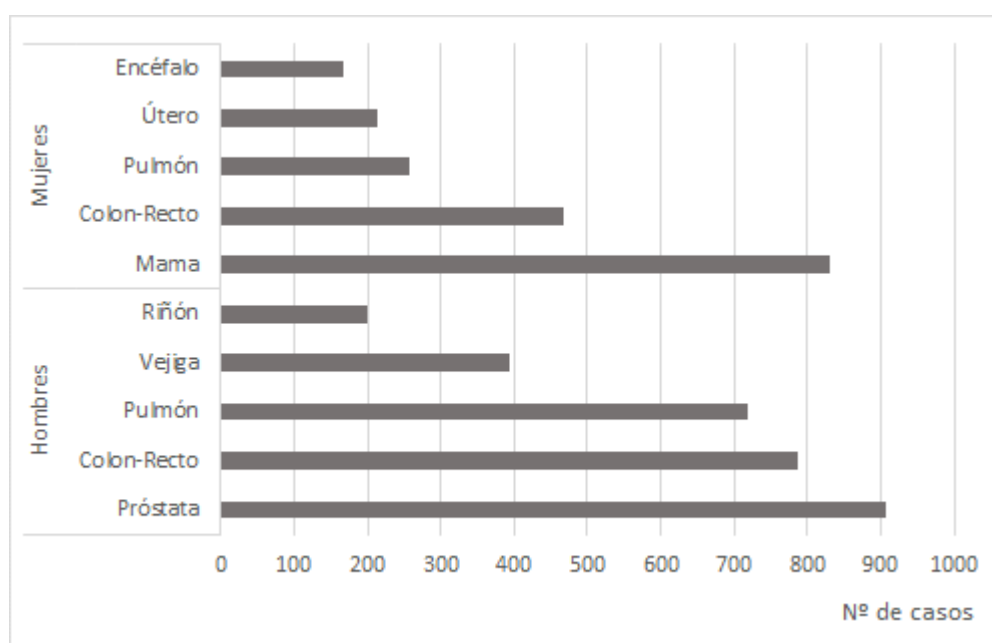
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)

3.4 Asturias

El cáncer ocasiona una carga importante de enfermedad y mortalidad en Asturias. En 2020 se estima que se han diagnosticado 8.004 nuevos casos de tumores invasivos (4.665 en hombres y 3.339 en mujeres).

La localización más frecuente ha sido la próstata en el caso de los hombres con 907 casos y en las mujeres la mama con 830 casos, la segunda posición corresponde al colon-recto en ambos sexos, y lo mismo ocurre con el cáncer de pulmón que ocupa la tercera posición. (Gráfico 19).

Gráfico 19: Incidencia del cáncer en Asturias 2020* (Estimación casos nuevos).

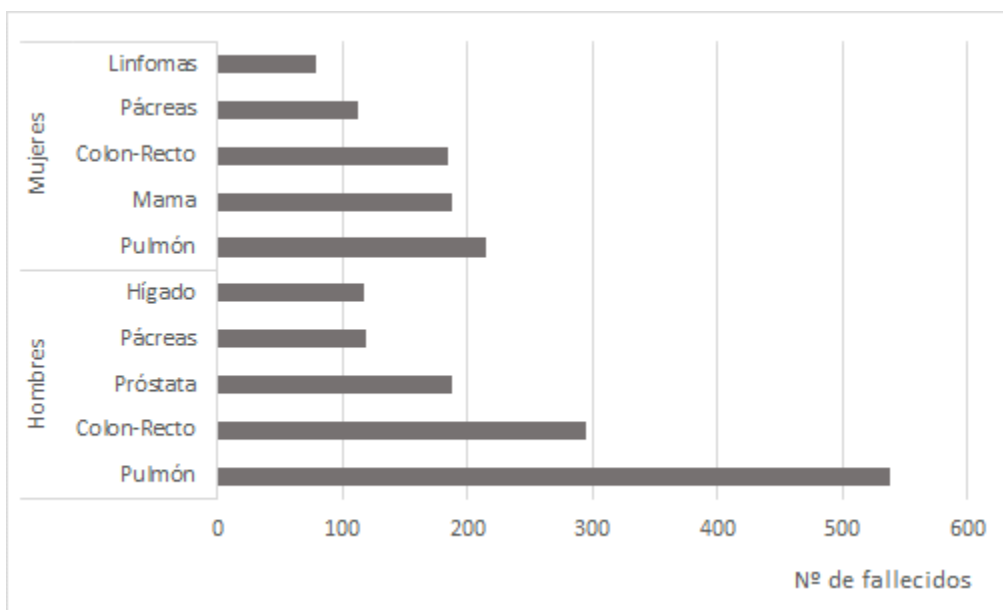


Fuente: Elaboración propia con datos de Inforsan (DG Salud Pública y ATSM) *Incluye primeros diagnósticos de casos invasivos (salvo piel no melanoma) y no invasivos de tumores cerebrales y de vejiga urinaria

A lo largo de 2022 fallecieron 3.524 personas residentes en Asturias por cáncer (2.104 hombres y 1.420 mujeres). El tumor que más fallecidos ocasionó en ambos sexos fue el cáncer de pulmón (538 hombres y 215 mujeres), seguido del cáncer colon-recto en hombres con 295 fallecidos y el de mama en mujeres con 187 fallecidas (Gráfico 20).

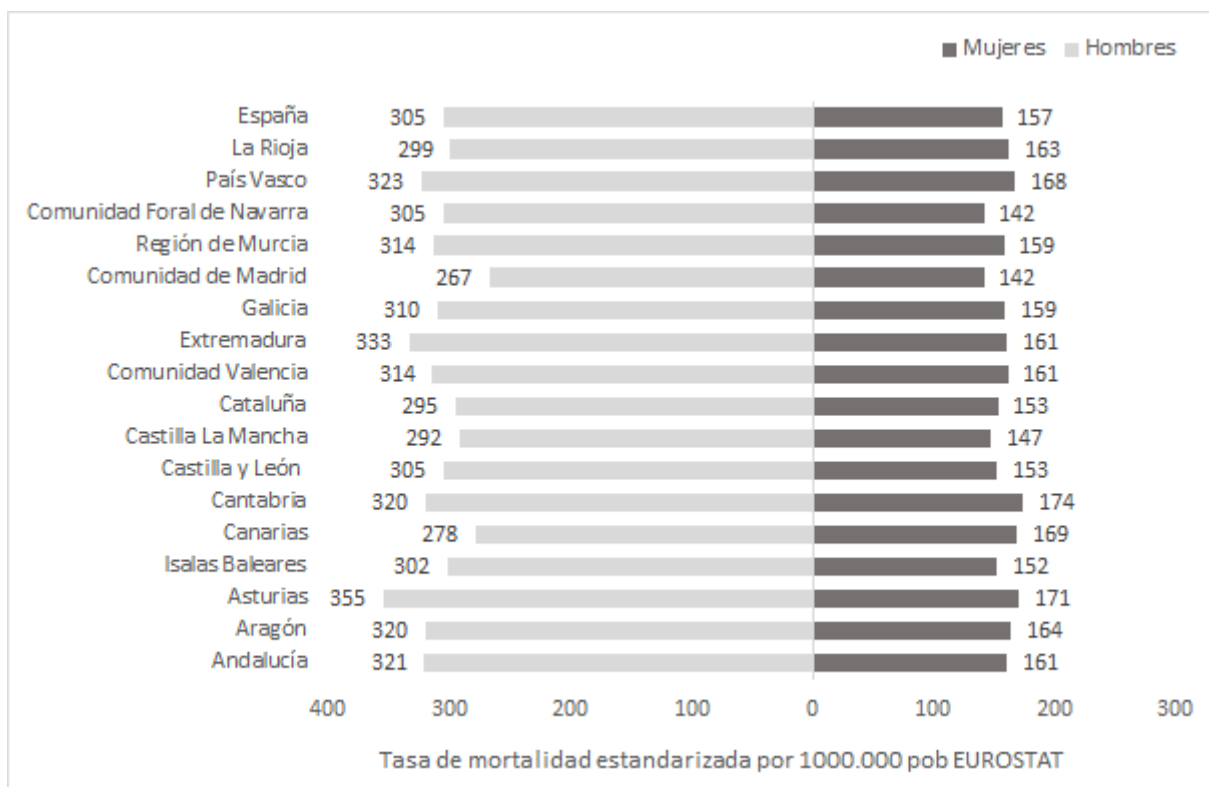
En 2022 Asturias lideró la mortalidad por cáncer en hombres en España y fue la segunda CA en mujeres tras Cantabria (tasas ajustadas por edad). Esto se traduce en 382 muertes más en Asturias por cáncer durante 2022 respecto a las que se hubieran producido con las mismas tasas de mortalidad por cáncer registradas en España (Gráfico 21)

Gráfico 20: Mortalidad por cáncer en Asturias 2022.



Fuente: Elaboración propia con datos de Inforsan (DG Salud Pública y ATSM) *Incluye primeros diagnósticos de casos invasivos (salvo piel no melanoma) y no invasivos de tumores cerebrales y de vejiga urinaria

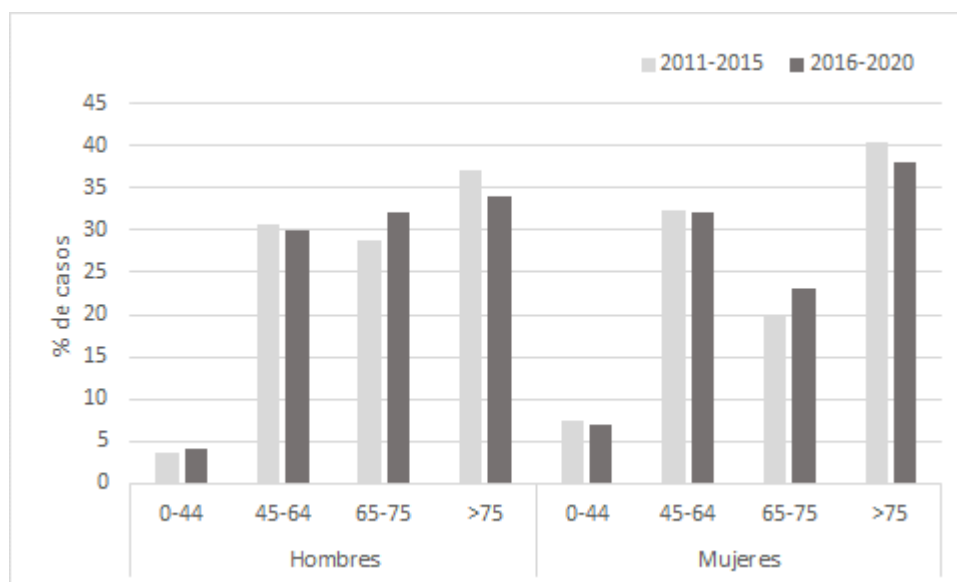
Gráfico 21: Mortalidad por cáncer, España 2022. (Tasas ajustadas por edad Eurostatx1000).



Fuente: Elaboración propia con datos de Inforsan (DG Salud Pública y ATSM) *Incluye primeros diagnósticos de casos invasivos (salvo piel no melanoma) y no invasivos de tumores cerebrales y de vejiga urinaria

Aunque el cáncer es una enfermedad que afecta más intensamente a las edades más avanzadas, un 39% de los casos nuevos de cáncer en mujeres se diagnostican antes de los 65 años de edad. Ese porcentaje es de un 34% en hombres. Próstata, colon-recto y pulmón lideran el número de nuevos casos de cáncer en hombres, mientras mama, colon-recto y pulmón lo hacen en mujeres (Gráfico 22).

Gráfico 22: Incidencia del cáncer (% por grupo de edad y sexo), Asturias 2011-2015, 2016-2020.



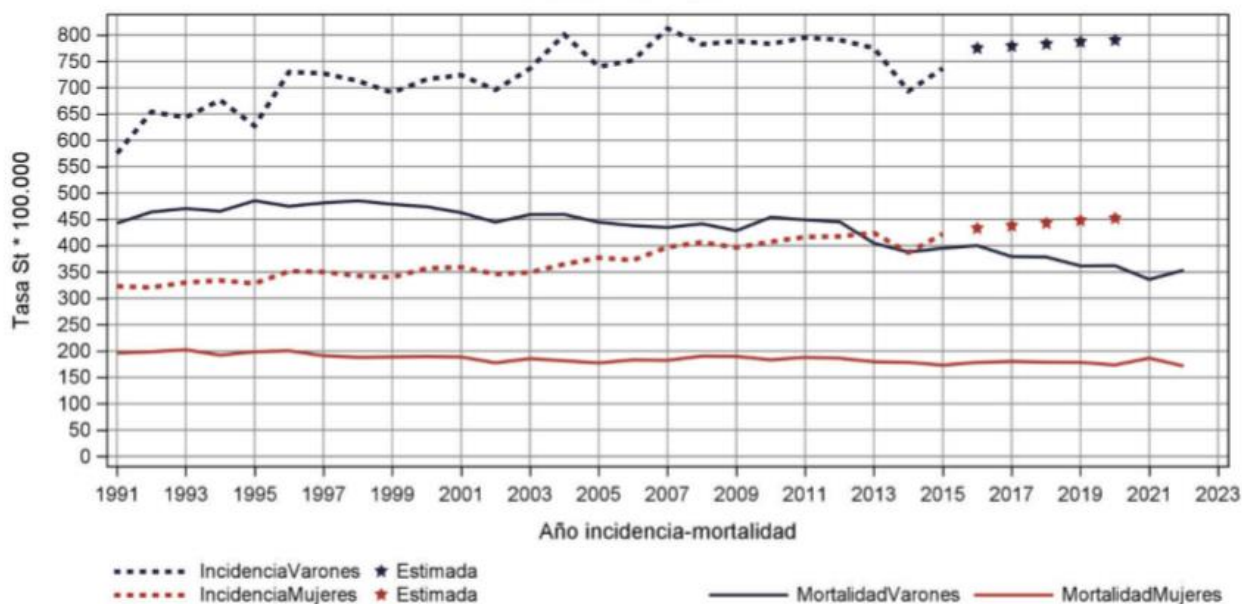
Fuente: Elaboración propia con datos de Inforsan (DG Salud Pública y ATSM)*Incluye primeros diagnósticos de casos invasivos (salvo piel no melanoma) y no invasivos de tumores cerebrales y de vejiga urinaria

La tendencia global del cáncer en Asturias difiere según sexo (Gráficos 23, 24 y 25). Las cifras en hombres muestran una tendencia descendente, especialmente desde 2011. Factores destacados son la reducción del cáncer de próstata por cambios en la práctica médica y el impacto de la legislación sobre el tabaco que ha permitido reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón, laringe y vejiga, entre otros. Este hecho hace que el riesgo de sufrir un cáncer antes de los 75 años en los hombres haya descendido un 37%. La estimación de casos y la razón de tasas de mortalidad más reciente avalan que la tendencia descendente significativa continúa. Los efectos de reducción se aprecian especialmente en los grupos de edad entre 40-65 años, tanto en la incidencia como en la mortalidad. Sin embargo tumores de colon-recto y de hígado, entre otros, muestran tendencias crecientes.

Las cifras en mujeres mantienen una tendencia creciente significativa a un ritmo de + 1,3% anual desde inicios de los años 90, lo que ha elevado el riesgo de sufrir un cáncer antes de los 75 años al 23%. En la década de los 90 la mortalidad en mujeres venía bajando a un ritmo anual de -0,7% mientras que desde el año 2002 hasta la actualidad eses descenso se ha ralentizado hasta un 0,2% anual. Especialmente relevante es el incremento tanto de incidencia como de mortalidad en el grupo de 55-69 años. Son muchos los tumores malignos que muestran tendencia crecientes entre las mujeres: mama, pulmón, colon-recto, páncreas. Hecho destacable es la reducción registrada en tumores de estómago.

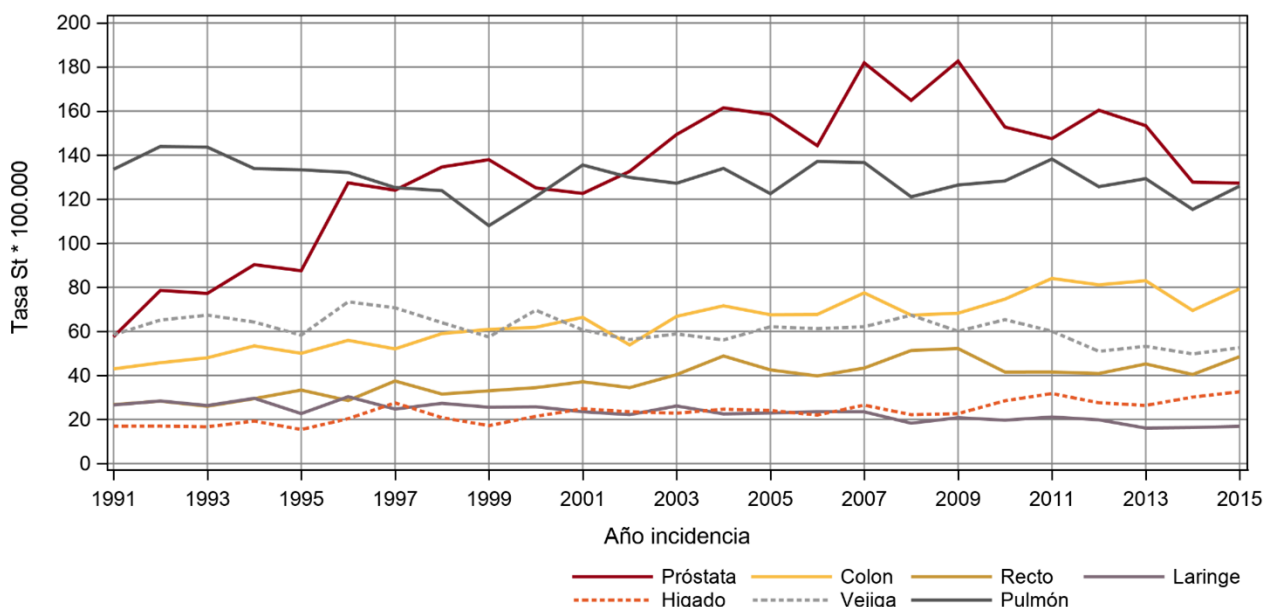
La supervivencia neta estandarizada a los 5 años de mujeres con cáncer es del 62% en mujeres y del 55% en hombres, variando entre un 6% de los tumores de páncreas hasta un 90% en próstata o un 87% en mama.

Gráfico 23: Tendencia de la incidencia y mortalidad por cáncer en Asturias. (Todas localizaciones).



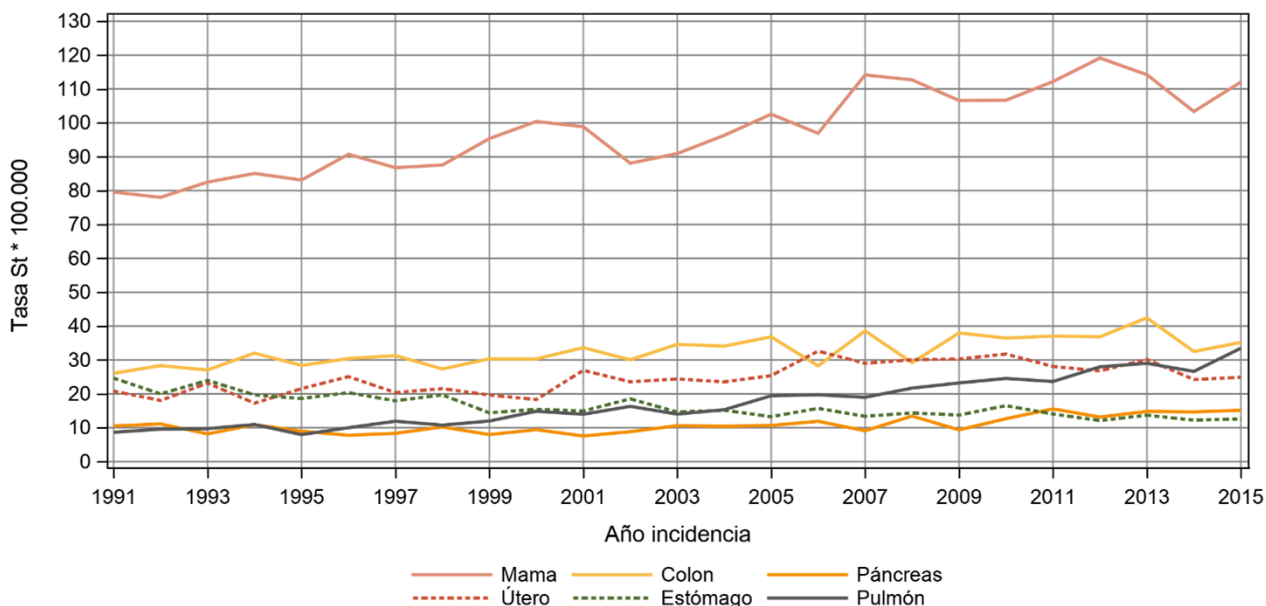
Fuente: Inforsan (DG Salud Pública y ATSM). *Incluye primeros diagnósticos de casos invasivos (salvo piel no melanoma) y no invasivos de tumores cerebrales y de vejiga urinaria.

Gráfico 24: Tendencia de la incidencia de cáncer en hombres, Asturias 1991-2015. (Localizaciones seleccionadas).



Fuente: Inforsan (DG Salud Pública y ATSM).

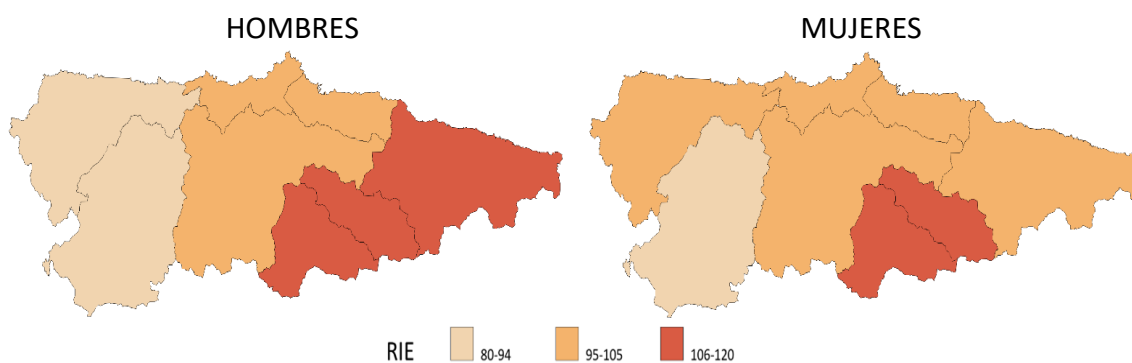
Gráfico 25: Tendencia de la incidencia de cáncer en mujeres, Asturias 1991-2015. (Localizaciones seleccionadas).



Fuente: Inforsan (DG Salud Pública y ATSM).

Las cuencas mineras del Nalón y Caudal presentan cifras ligeramente superiores a Asturias tanto en incidencia como en mortalidad por cáncer. En el último periodo también se aprecia un incremento de la mortalidad por cáncer en varones del Area Sanitaria VI (Arriondas). Las cifras más bajas de cáncer en Asturias se registran en las áreas Sanitarias I (Jarrio) y II (Cangas del Narcea) (Gráfico 26).

Gráfico 26: Razones de mortalidad estandarizada por sexo. Asturias 2016-2020.



Fuente: Inforsan (DG Salud Pública y ATSM).

4 SITUACIÓN POR LÍNEA ESTRATÉGICA

4.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la salud de las personas depende de las circunstancias en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, es decir, los determinantes sociales de la salud. Estos determinantes están ligados a las políticas adoptadas y son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local.

Así mismo, las desigualdades sociales en salud (DSS) son diferencias en salud sistemática, injusta y evitable entre grupos poblacionales, definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Los determinantes de las DSS se dividen dos tipos:

- Estructurales: entorno socioeconómico y político, políticas públicas, cultura y valores predominantes.
- Intermedios: recursos materiales, condiciones de empleo y vivienda, distinta exposición a factores psicosociales (estrés, aislamiento, exclusión...) y factores conductuales y biológicos, como el tabaquismo o el consumo de alcohol. El sistema sanitario también sería intermedio.

Los determinantes estructurales van a influir en los determinantes intermedios, entre ellos las conductas / estilos de vida, y estos a su vez en los resultados en salud.

Por otra parte, la equidad en salud implica que todas las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de sus contextos, de sus determinantes sociales. Siguiendo este marco teórico, el Plan de Salud del Principado de Asturias tiene como reto mejorar la salud y el bienestar de la población asturiana con una perspectiva de equidad. Esta mejoría, ha de ser individual y colectiva, de las personas y de las poblaciones. La salud de las personas que viven en Asturias no sólo depende de los cuidados que recibe en el sistema sanitario, estando también claramente influenciada por los determinantes sociales.

Por otra parte, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones orientadas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto negativo en la salud colectiva e individual y potenciar el positivo.

Así pues, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario; supone el trabajo ordenado y riguroso entre diferentes administraciones, instituciones y la ciudadanía.

4.1.1 Estilos de vida saludable y bienestar emocional

En el marco de la Promoción de la salud con el enfoque de los determinantes sociales, mirando exclusivamente las conductas y estilos de vida, el documento de referencia es el Código Europeo contra el Cáncer (Anexo I), iniciativa de la Comisión Europea para informar a la ciudadanía sobre conductas vinculadas a estilos de vida que reducen el riesgo de cáncer de las personas y su entorno familiar. Con estas conductas se estima que podrían evitarse casi la mitad de las muertes por cáncer.

La cuarta edición del Código se encuentra disponible en la página <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/doce-formas>, junto con las preguntas y respuestas que dan más información sobre cada recomendación y sobre aspectos relativos a la prevención del cáncer. Se explica el riesgo de cáncer que aborda cada recomendación y se dan más detalles sobre cómo protegerse a sí mismo y a su entorno familiar en lo relativo a dichas conductas; todo ello realizado por expertos cuyas recomendaciones son las más recientes, tras la realización de revisiones sistemática de publicaciones científicas.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad creó el 4 de noviembre de 2015, una página web sobre estilos de vida saludable dirigida a toda la población (Estilos de Vida Saludable), como parte de las acciones de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (aprobada por el CISNS el 18 de diciembre de 2013) y su finalidad es proporcionar información útil y de calidad, ajustada a las diferentes necesidades de la ciudadanía.

En Asturias, y dentro de la Estrategia Nacional, el 30 de octubre de 2014 se pone en marcha la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica, que también incorpora los determinantes referidos a conductas y estilos de vida.

El bienestar emocional está muy ligado a la salud. En los últimos años se ha puesto en evidencia la influencia que las emociones y su manejo tienen sobre la salud en general. El estrés psíquico se reconoce como un factor de riesgo modificable que interviene en la morbilidad y mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y neuropatías crónicas.

A nivel regional se han elaborado el Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030 y la Guía para Centros Educativos de Promoción del Bienestar Emocional, prevención, detección e intervención ante la conducta suicida desde la Consejería de Salud, y se está preparando la Estrategia de Bienestar Emocional de Infancia, Adolescencia y Juventud, con la incorporación en todos ellos del enfoque de determinantes sociales, Promoción de la Salud, acción comunitaria y participación, enfoque salutogénico, etc. destacados anteriormente. Tendrán gran importancia para la atención multidisciplinar del paciente con cáncer y su entorno familiar.

4.1.2 Alimentación, obesidad y actividad física

A nivel mundial, los datos publicados en el informe “Atlas Mundial de la Obesidad 2024”, estima que de los 41 millones de muertes de adultos cada año debido a enfermedades no transmisibles, 5 millones son causados por un IMC (Índice de Masa Corporal) alto (≥ 25 kg/m²).

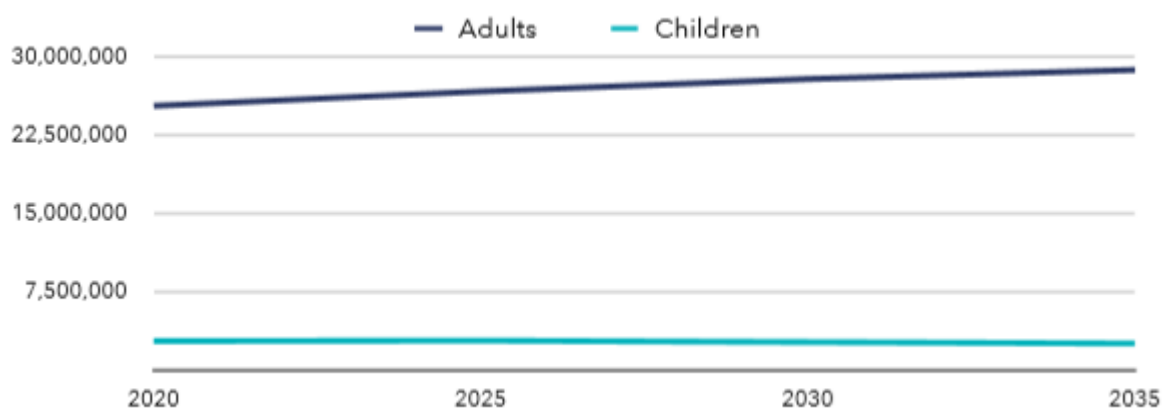
Casi 4 millones de estas son solo por diabetes, accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria y cáncer. Un IMC alto es responsable de más de 120 millones de años-persona perdidos en adultos debido a estas cuatro principales enfermedades no transmisibles cada año.

Tres cuartas partes de estas muertes y enfermedades evitables en adultos ocurren en países de ingresos medios. En resumen, la mayoría de las personas que viven y mueren por enfermedades no transmisibles tienen un IMC alto, y la mayoría de estas muertes por enfermedades no transmisibles ocurren entre personas en entornos con recursos limitados y países en desarrollo.

Según las tendencias actuales, para 2035 se espera que más de 750 millones de niños (de 5 a 19 años) vivan con sobrepeso y obesidad según la medida del índice de masa corporal. Eso equivale a dos niños de cada cinco a nivel mundial, y la mayoría de estos niños vivirán en países de ingresos medios.

España se encuentra entre los 20 países con mayor proporción tanto de hombres adultos como de chicos (5-19 años) que viven con un alto IMC en 2020. Se estima una tasa de crecimiento anual del 0.9% en el número proyectado de adultos y del -0.6% en chicos con alto IMC de 2020 a 2035. La progresión de adultos y chicos con alto IMC, en nuestro país, puede observarse en el Gráfico 27.

Gráfico 27: Número de adultos y chicos con alto IMC. Estimaciones para 2020 y 2035 en ambos sexos. España.



Fuente: World Obesity Atlas,

La ausencia de una alimentación saludable unida al sedentarismo, está directamente relacionada con un aumento del exceso de grasa en el organismo, que aumenta el riesgo de padecer cáncer en las siguientes localizaciones: endometrio, esófago, gástrico del cardias, hígado, riñón, mieloma múltiple, meningioma, pancreático, colorrectal, vesícula biliar, mama posmenopáusico, ovario y tiroides. Se estima que entre el 4% y el 38% de estos cánceres pueden ser atribuidos al sobrepeso/obesidad.

Los últimos datos disponibles de la Iniciativa COSI de Vigilancia de la Obesidad Infantil entre niños y niñas de 7 a 9 años en la Región Europea de la OMS reflejan la prevalencia más alta de exceso de peso (incluida la obesidad) y obesidad en Chipre, Grecia, Italia y España.

El estudio ALADINO, es un estudio descriptivo transversal, que prevé la recogida de las medidas antropométricas obtenidas por medición directa y de factores asociados obtenidos mediante cuestionarios, en una muestra aleatoria teórica de 15.361 escolares de 230 Centros de Educación Primaria, representativa de la población escolar de 6 a 9 años a nivel tanto nacional, como autonómico. Según datos de los estudios previos, se observaba una tendencia descendente del exceso de peso desde 2011 y estabilización desde el 2015 que se mantuvo en 2019, no obstante, la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los escolares de 6 a 9 años en España sigue siendo elevada, relacionándose con hábitos alimentarios y de sedentarismo de los escolares, así como hábitos socioeconómicos de sus familias.

En 2023 se va a proceder a una nueva ronda del estudio ALADINO, bajo la dirección de la AESAN y del Ministerio de Consumo, que permitirá dar continuidad a las cuatro ediciones previas realizadas en España, contando con la colaboración de las autoridades de Educación y Sanidad de las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla, así como con el apoyo del Ministerio de Educación y Formación Profesional, dado el impacto positivo que el estudio ALADINO tiene en la promoción de la salud en este ámbito.

Los resultados del estudio ALADINO 2023 permitirá valorar esta tendencia, con la particularidad de que pueda haberse modificado debido a la situación de pandemia por COVID-19, lo que lo dota de especial interés. El trabajo de campo se está actualmente realizando hasta diciembre de 2023, siendo la colaboración de los colegios, las familias y por supuesto los niños y niñas participantes, fundamental para su buen desarrollo y finalización del estudio, contribuyendo así al avance en el conocimiento de la situación actual de la obesidad infantil en España.

La Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2020 muestra que la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad de la población adulta es de 53,6% (61,4% de los hombres y 46,1% de las mujeres). La prevalencia de obesidad en adultos es de 16,01% en 2020, manteniéndose los elevados niveles alcanzados en 2009 (16%), 2011 (17%), 2014 (16,9%) y 2017 (17,4%), en la línea ascendente de los últimos 25 años (ENSE 1987-2020), algo más marcada en hombres que en mujeres.

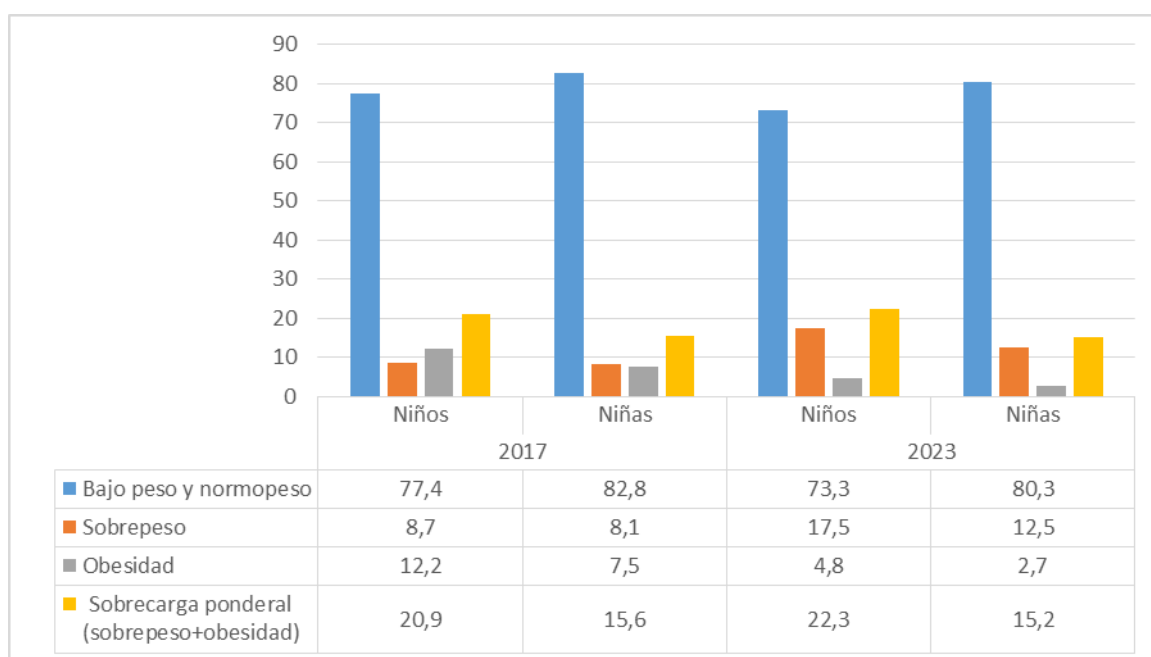
Los resultados en la última *ENSE* sitúan la prevalencia de obesidad (IMC>30) en España en el año 2017 en las personas ≥ 18 años en el 17,43% globalmente (18,15% en hombres y 16,74% en mujeres). En los últimos 30 años la obesidad en adultos se ha multiplicado por 2,4, pasando del 7,4% en 1987 al 17,4% en 2017. La misma encuesta indica una prevalencia de la población obesa en Asturias del 21,68% por encima de la media nacional.

Las principales conclusiones del estudio PASOS 2022 confirman que en España hay una prevalencia de exceso de peso infantil muy elevada, alcanzando el 33,4% de la población infantil y adolescente (8-16 años). Esta prevalencia de peso es mayor para el género masculino, la población de menor edad y la evaluada en centros educativos ubicados en una sección censal con una menor renta media por persona y año.

En relación a la alimentación, un 12% presenta un bajo nivel de adherencia a la dieta mediterránea. El porcentaje de población de género femenino que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea es un poco superior que en el género masculino. El porcentaje de adolescentes que presentan un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea es un 4,9% superior a la de niños y niñas. La población evaluada en un centro educativo situado en una sección censal con una menor renta media por persona y año presenta un nivel de adherencia a la dieta mediterránea más deteriorado respecto al resto de la población estudiada.

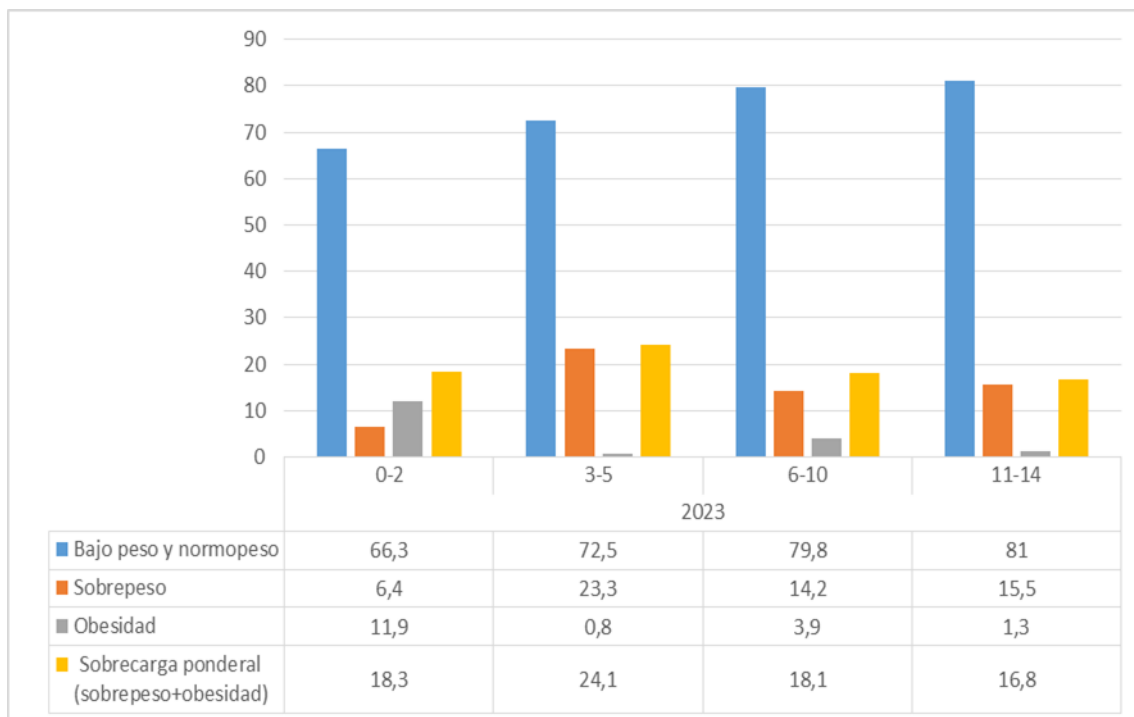
Los datos de la *Encuesta de Salud Infantil (ESIA) 2023*, cuya población de estudio son niños/as de 0-14 años, muestran que el 18,8 % de la población presenta una sobrecarga ponderal (sobrepeso 15% y obesidad 3.8%), siendo más frecuente en niños que en niñas y en edades más pequeñas (Gráficos 28 y 29).

Gráfico 28: Distribución de la categorización del peso y talla en función del valor IMC y sexo, Asturias 2017-2023



Fuente: Elaboración propia con datos de la ESIA 2017-

Gráfico 29: Distribución de la categorización del peso y talla en función del valor IMC y grupo de edad, Asturias 2023

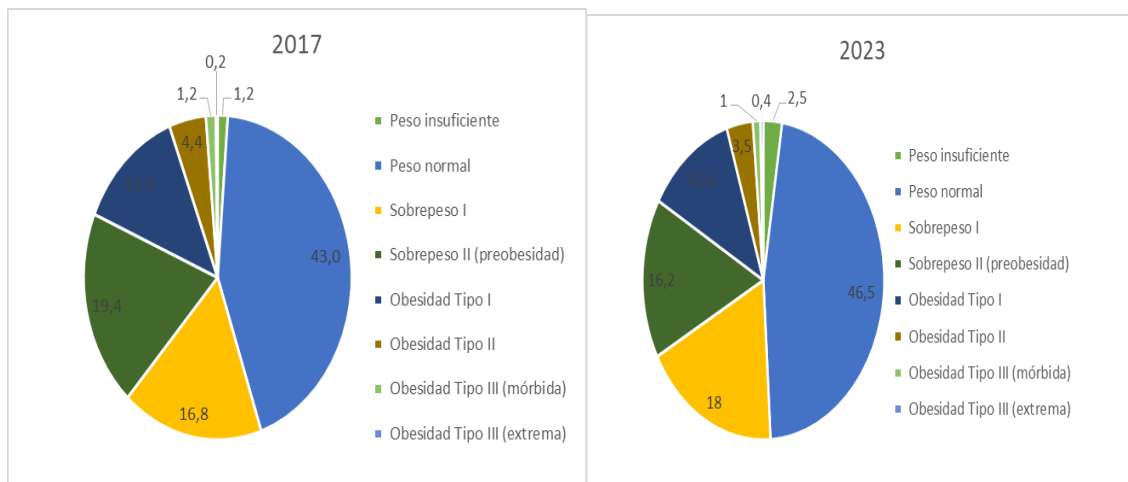


Fuente: Elaboración propia con datos de la ESIA 2023

En la ESA 2017, el 36,2% de la población estudiada presenta sobrepeso, y el 18,4% obesidad (hombres 17,4% y mujeres 19,1%), presentando el dato más elevado en las últimas encuestas realizadas en Asturias. En la ESA 2023, el 34,2% de la población estudiada presenta sobrepeso, y el 16,7% obesidad (hombres 18,3% y mujeres 15,8%) Por tanto, en el transcurso de los años, menos personas presentan sobrepeso y obesidad (salvo los hombres que aumenta la obesidad). (Gráficos 30 y 31).

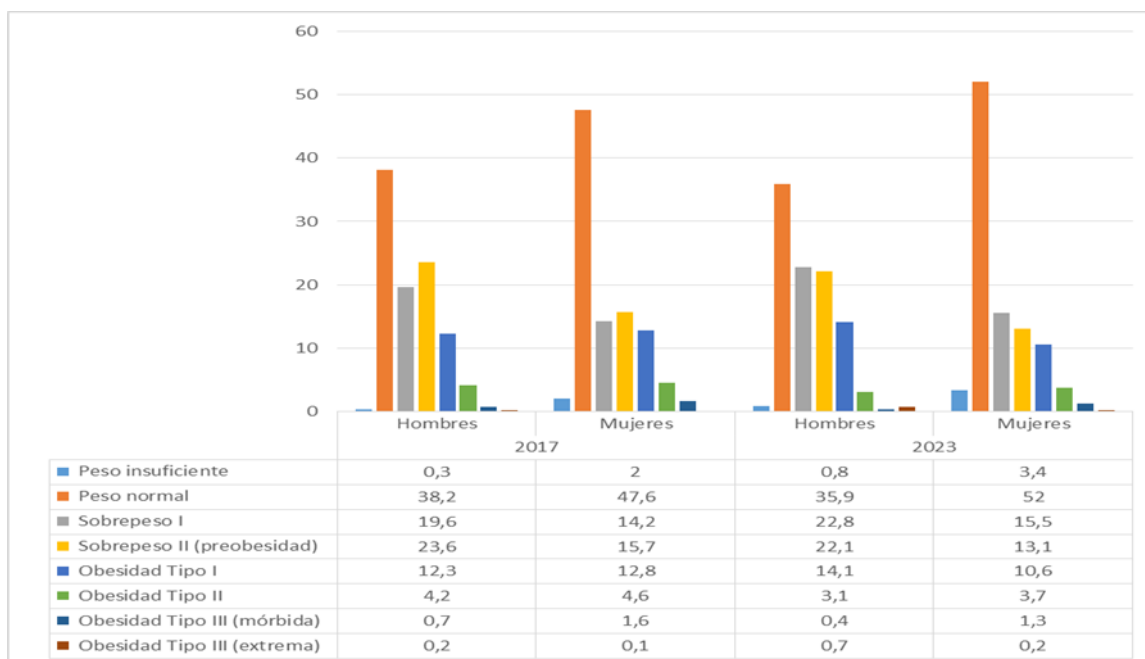
En cuanto a la edad, la situación de sobrepeso II (pre obesidad) y la obesidad son más frecuentes en los grupos de mayor edad.

Gráfico 30: Distribución de la clasificación categórica del peso en relación con la talla, Asturias 2017 - 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de la ESA 2017-2023

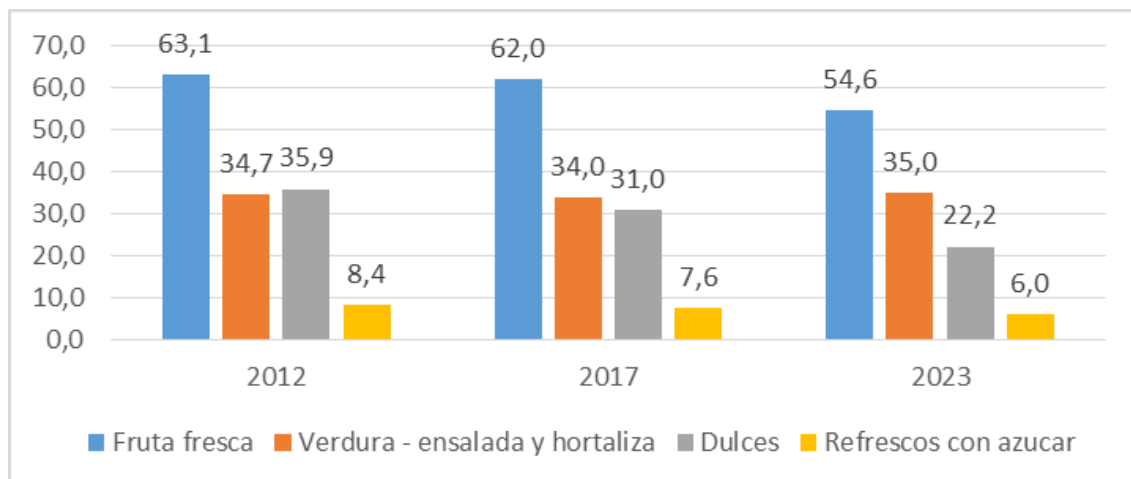
Gráfico 31: Distribución de la clasificación categórica del peso en relación con la talla y sexo, Asturias. Comparativa 2017 – 2023.



Fuente: Elaboración propia con datos de la ESA 2017-

Los datos del consumo diario de fruta fresca muestran que se ha ido disminuyendo desde 2012 (63,1%) al 54,6% del 2023, no alcanzando la ingesta mínima recomendada. El consumo de verduras, ensaladas y hortalizas, también resulta insuficiente si bien, ha aumentado ligeramente desde 2012, ya que solo un 35% lo consumen a diario, El consumo diario de dulces ha pasado del 35,9% en 2012 al 22,2% en 2023. El consumo de refrescos con azúcar también ha disminuido en los últimos 10 años. (Gráfico 32).

Gráfico 32 :: Distribución del consumo de alimentos Asturias. Comparativa 2012-2017- 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de la ESA 2012-2017-2023

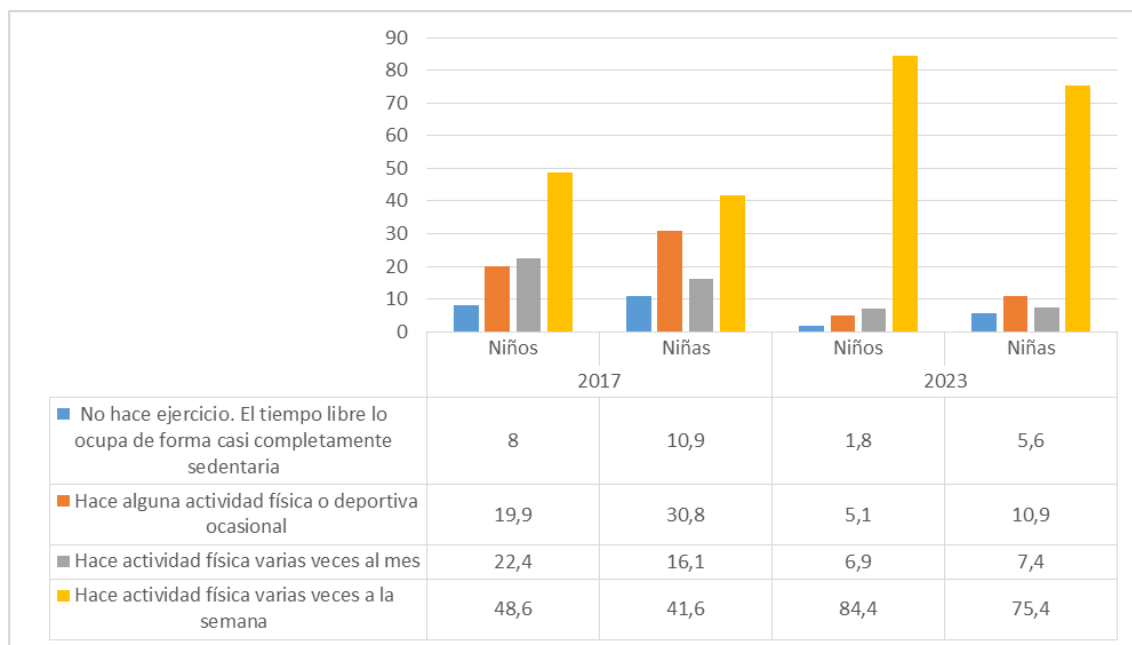
La *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)* fue elaborada por el Ministerio de Sanidad en el año 2005, siguiendo las políticas marcadas por los organismos internacionales dirigidas a frenar la tendencia ascendente de la obesidad infantil y fomentar el uso de una alimentación saludable en los niños y niñas de nuestro país.

En el año 2011, la *Estrategia NAOS* fue consolidada e impulsada por la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. En nuestra CA, desde el curso escolar 2008-2009, se realizó una evaluación de la oferta que se daba en los comedores, para en el 2011 implantar el *Programa de Comedores Escolares en Asturias*, enmarcado en la *Estrategia NAOS*. Este descenso en la prevalencia de la obesidad podría atribuirse a la implantación de esta Estrategia junto con otras iniciativas.

En la *ENSE 2017*, el 36,04% de la población española se declara sedentaria (no realiza actividad física alguna en su tiempo libre), siendo más frecuente en mujeres (40%) que en hombres (31,9%).

Los datos comparados de la ESIA 2017 y 2023, reflejan que el número de niños/as que no hacen ejercicio ha pasado del 9,4% al 3,6%. Hay un aumento de tiempo dedicado a la actividad física, siendo más sedentarias las niñas (Gráfico 33).

Gráfico 33: Frecuencia de periodicidad de realización de ejercicio físico por sexo, Asturias 2017-2023



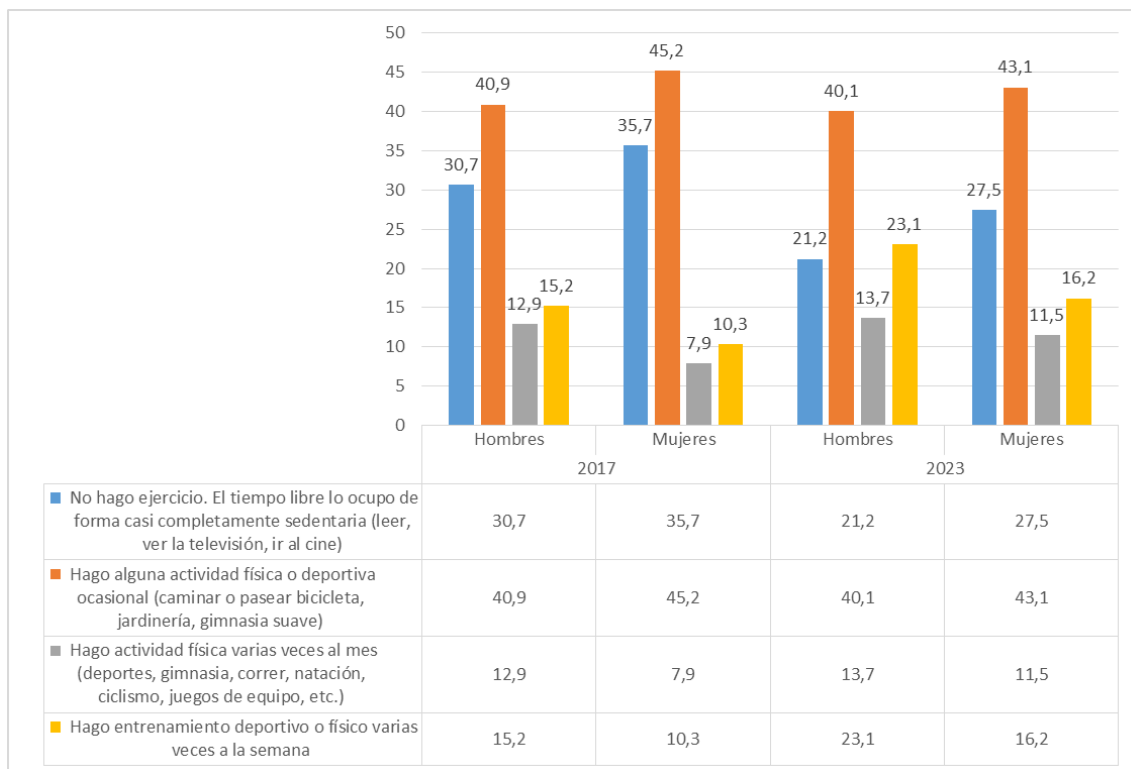
Fuente: Elaboración propia con datos de la ESA 2017-2023

Se observa que desde 2017, la población asturiana ha mejorado sus hábitos en la realización de ejercicio físico: disminuye el porcentaje de personas que dicen no realizar ejercicio haciendo vida fundamentalmente sedentaria y aumenta el que refieren hacer entrenamiento deportivo o físico varias veces al mes.

En 2023, el sedentarismo sigue siendo más frecuente en mujeres que en hombres (43,1% y 40,1% respectivamente) (Gráfico 34).

En 2017, el 43,6% (41,3% hombres y 45,6% mujeres) de la población encuestada ha recibido consejo de un facultativo para hacer ejercicio.

Gráfico 34: Frecuencia de realización de ejercicio físico en el tiempo libre por sexo, Asturias. Comparativa 2017- 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de la ESA 2017-2023

La OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. La actividad física hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona. La actividad física practicada con regularidad (todos o casi todos los días de la semana) mejora la salud, reduciendo la incidencia de determinados cánceres, como el de colon, mama y endometrio.

El Plan de Acción Mundial sobre la Actividad Física 2018-230 de la OMS, tiene como objetivo reducir la inactividad física (para 2025 10%, para 2030 15%), a través de las siguientes medidas:

- Crear Sociedades Activas (Normas y Actitudes Activas): Lograr un cambio de paradigma en toda la sociedad mediante el mejoramiento de los conocimientos, la comprensión y la valoración de los múltiples beneficios que reporta la actividad física regular, en función de la capacidad y a todas las edades.
- Crear Entornos Activos (Espacios y Lugares): Crear y mantener entornos que promuevan y salvaguarden los derechos de todas las personas, de todas las edades, a gozar de un acceso equitativo a lugares y espacios seguros en sus ciudades y comunidades, en los que puedan realizar una actividad física regular acorde a sus posibilidades.

- Fomentar Poblaciones Activas (Programas y Oportunidades): Crear y promover el acceso a oportunidades y programas, en múltiples entornos, para ayudar a las personas de todas las edades y capacidades a participar regularmente en actividades físicas, solas o junto a sus familias y comunidades.
- Crear Sistemas Activos (Elementos Propiciadores de la Gobernanza y las Políticas): Crear y reforzar el liderazgo, la gobernanza, las alianzas multisectoriales, las capacidades del personal, la promoción y los sistemas de información en todos los sectores, con el fin de alcanzar la excelencia en la movilización de recursos y la aplicación de medidas internacionales, nacionales y subnacionales coordinadas dirigidas a aumentar la actividad física y reducir el sedentarismo.

La actividad física tiene múltiples beneficios sanitarios, sociales y económicos, y puede contribuir a la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para 2030. La adopción de medidas normativas que propicien la actividad física está interconectada con 13 ODS:



Fuente: Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, ONU (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>)

4.1.3 Tabaco

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo prevenible para el desarrollo de diversas patologías, así como diversos tipos de cáncer, siendo el principal responsable del cáncer de pulmón, y estando implicado en el desarrollo de otros tipos de cáncer como son el pancreático, esofágico y oral, laringe, vejiga y riñón.

Debemos hacer hincapié en que la exposición al humo ambiental del tabaco (humo de segunda mano o tabaquismo pasivo) constituye en sí un factor de riesgo para el desarrollo de diversas patologías en niños y adultos y en especial el cáncer de pulmón.

El informe de resultados en Asturias de *la Encuesta sobre Alcohol y Drogas (EDADES 2022)* nos muestra, que el consumo en los últimos doce meses de tabaco en la población asturiana de 15 a 64 años es del 37,3% siendo inferior al consumo a nivel nacional que es del 39%. En comparación con la anterior edición de EDADES (2020), se observa un descenso del 5,6% en la prevalencia del consumo en los últimos doce meses de tabaco. La edad media inicial de consumo de tabaco en nuestra CA con 16,6 años es similar a la nacional, y es anterior en hombres salvo en el consumo de cigarrillos electrónicos.

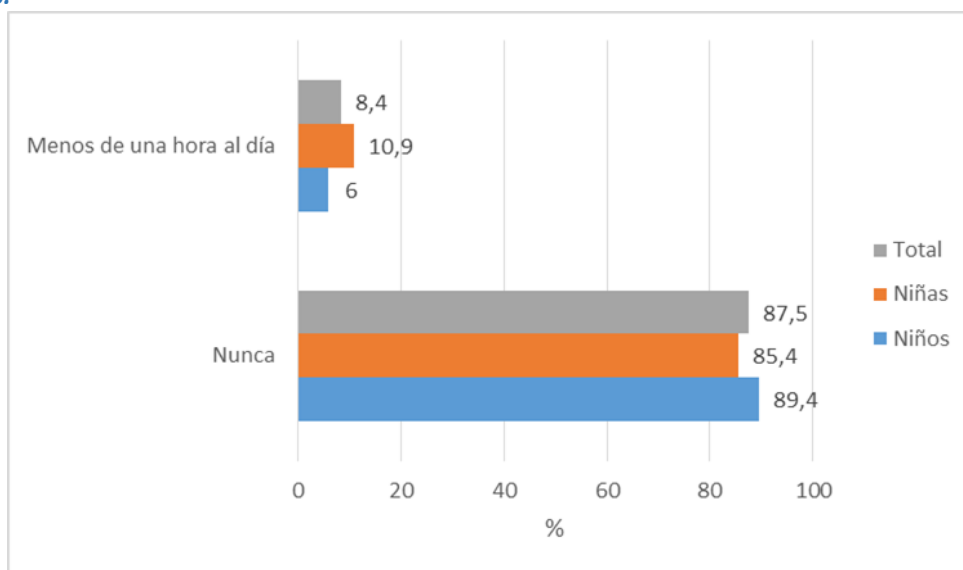
En el consumo de tabaco ha desaparecido la diferencia existente entre ambos sexos, lo que explica el aumento de la prevalencia de la morbimortalidad asociada a su consumo en las mujeres. El consumo de tabaco diario, continúa con la tendencia descendente de estos últimos años, situándose en la actualidad en el 34,6% en hombres (EDADES 2019:37,3%) y en las mujeres 31,6% (EDADES 2019: 36,1%).

El Informe para el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas “Control del Tabaco en España: Asignatura pendiente para la protección de la Salud de las Mujeres en España” evidencia el impacto creciente del tabaquismo en la salud de las mujeres en España con las siguientes repercusiones: aumento de la mortalidad atribuible al tabaco, aumento del cáncer, aumento de las muertes por cáncer, riesgo de muerte por enfermedad cardíaca, mayor incidencia de enfermedades respiratorias, riesgo adelantado de menopausia.

Respecto al consumo de cigarrillos electrónicos, la prevalencia de los consumos que representan mayor riesgo (en el último mes y/o diario) es inferior al 2%, sin embargo, el consumo experimental llega al 10%. Aunque el consumo de estos dispositivos es ligeramente superior en mujeres, las diferencias observadas no han sido significativas.

Los datos de las ESIA 2017, nos muestran que una media de 0,34 niños/as convive con personas que fuman dentro de la casa. Aumenta el porcentaje de niños/as que no ha estado expuestos al humo del tabaco en lugares cerrados (86,6% en 2017 a 87,5% en 2023). Gráfico 35.

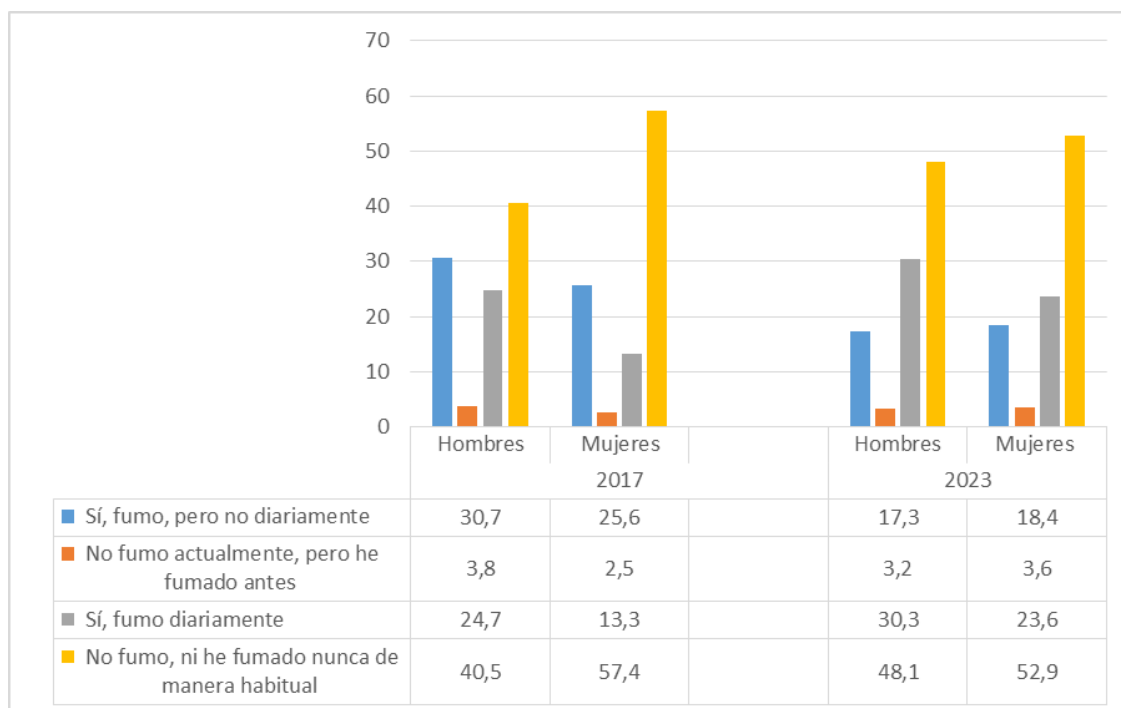
Gráfico 35: Distribución de la exposición del niño/a al humo de tabaco en lugares cerrados, Asturias 2023.



Fuente: Elaboración propia con datos de la ESA 2017-2023

Los datos que presenta la ESA 2023, nos muestran que el 51,2% de la población encuestada no fuma ni ha fumado de manera habitual, y que un 18% fuma diariamente (17,3% hombres y 18,4% mujeres). En la ESA 2017 era un 28% (30,7% hombres y 25,6% mujeres) Los exfumadores aumentan con la edad, por lo que las personas que fuman lo hacen en edades más tempranas (Gráficos 36 y 37).

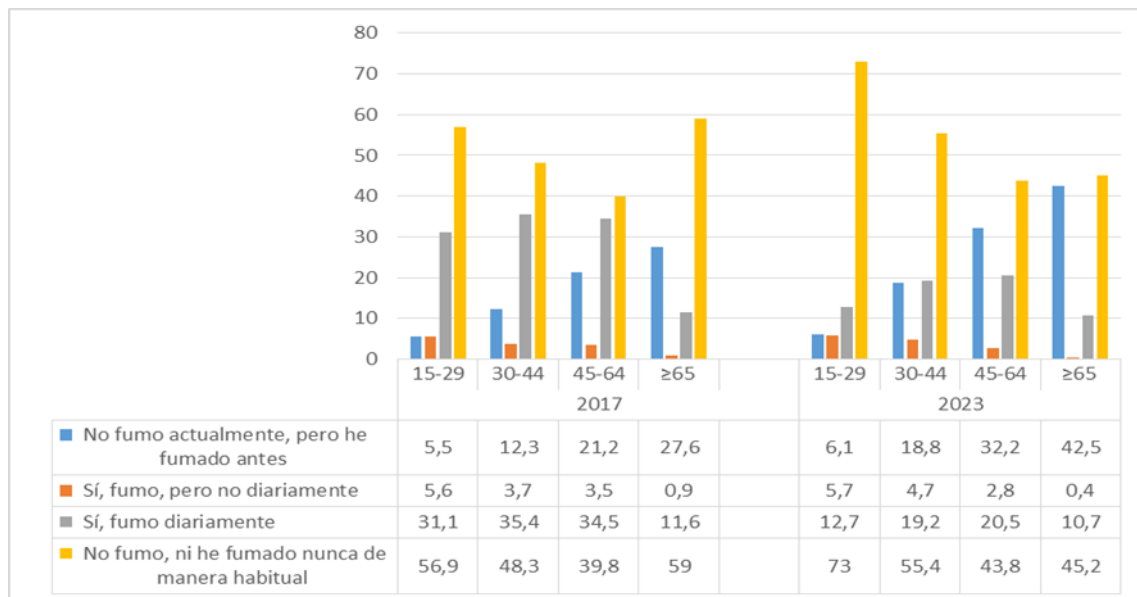
Gráfico 36 : Distribución de la frecuencia de consumo de tabaco por sexo, Asturias. Comparativa 2017-2023



Fuente: Elaboración propia con datos de las ESA 2017-2023

En 2017, el 60,5% de la población encuestada ha recibido consejo médico para dejar de fumar, el 34,6% no lo ha recibido, un 2,4% no ha acudido nunca y el 0,9% no sabe.

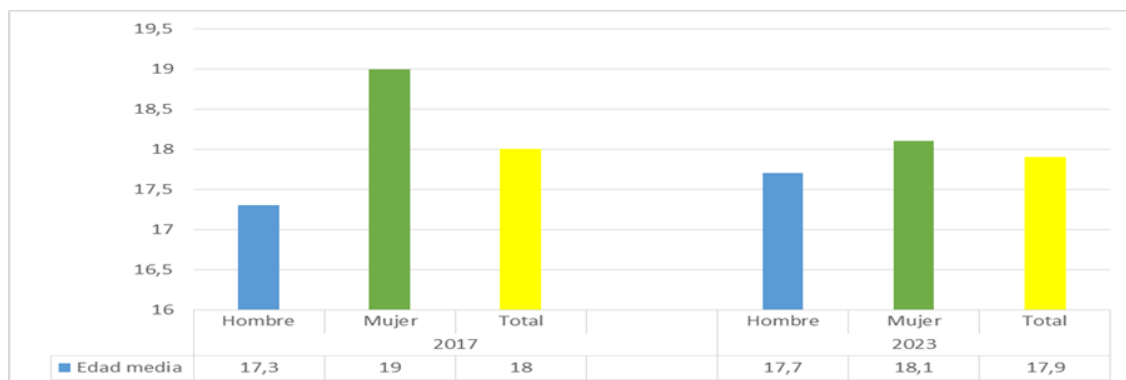
Gráfico 37: Distribución de la frecuencia de consumo de tabaco por grupo de edad, Asturias. Comparativa 2017-2023



Fuente: Elaboración propia con datos de las ESA 2017-2023

Tanto en 2017 como en 2023, la edad media de inicio de consumo diario de tabaco esta en unos 18 años. Sin embargo, en 2023 los hombres han retrasado el inicio y las mujeres lo han adelantado. (Gráfico 38)

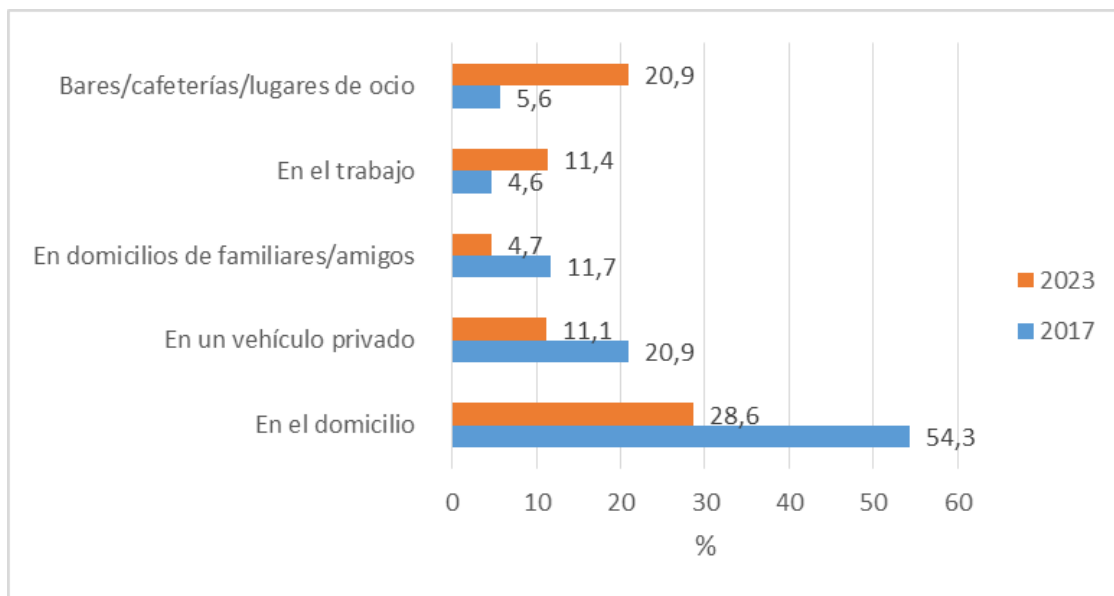
Gráfico 38 : Edad media de inicio en el consumo de tabaco por sexo, Asturias. Comparativa 2017-2023



Fuente: Elaboración propia con datos de las ESA 2017-2023

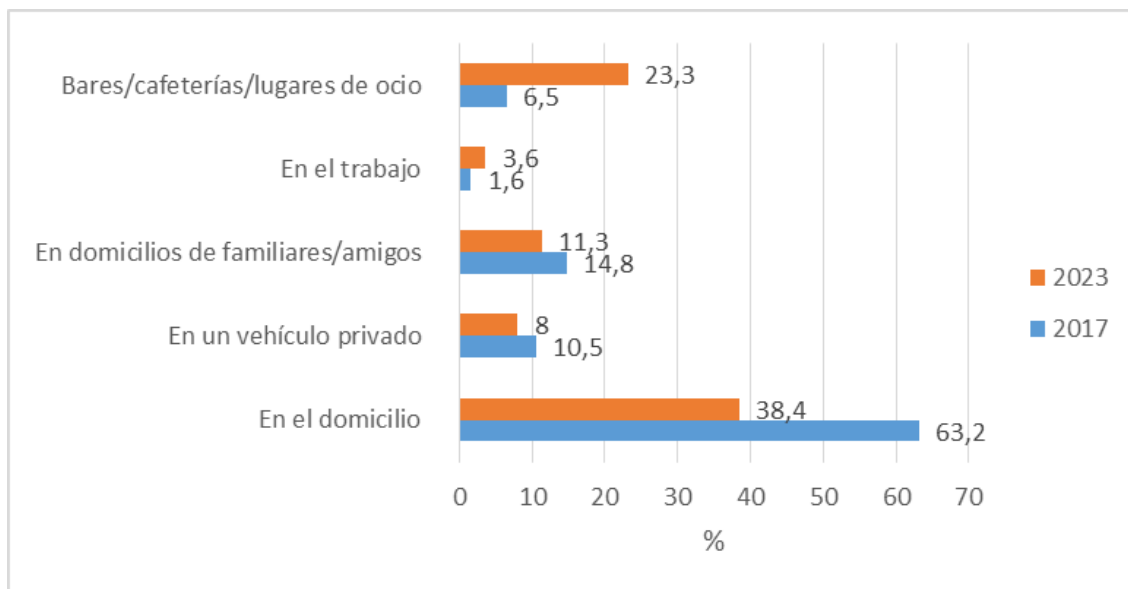
Se observa, en ambos sexos, un cambio importante en la exposición pasiva a humo de tabaco: desde 2017: disminuye en lugares cerrados como el domicilio o vehículo privado aumentando en bares/ terrazas. (Gráficos 39 y 40).

Gráfico 39: Distribución de los lugares de exposición pasiva al humo de tabaco hombres, Asturias. Comparativa Asturias 2017 – 2023.



Fuente: Elaboración propia con datos de las ESA 2017-2023

Gráfico 40: Distribución de los lugares de exposición pasiva al humo de tabaco mujeres, Asturias. Comparativa Asturias 2017 - 2023

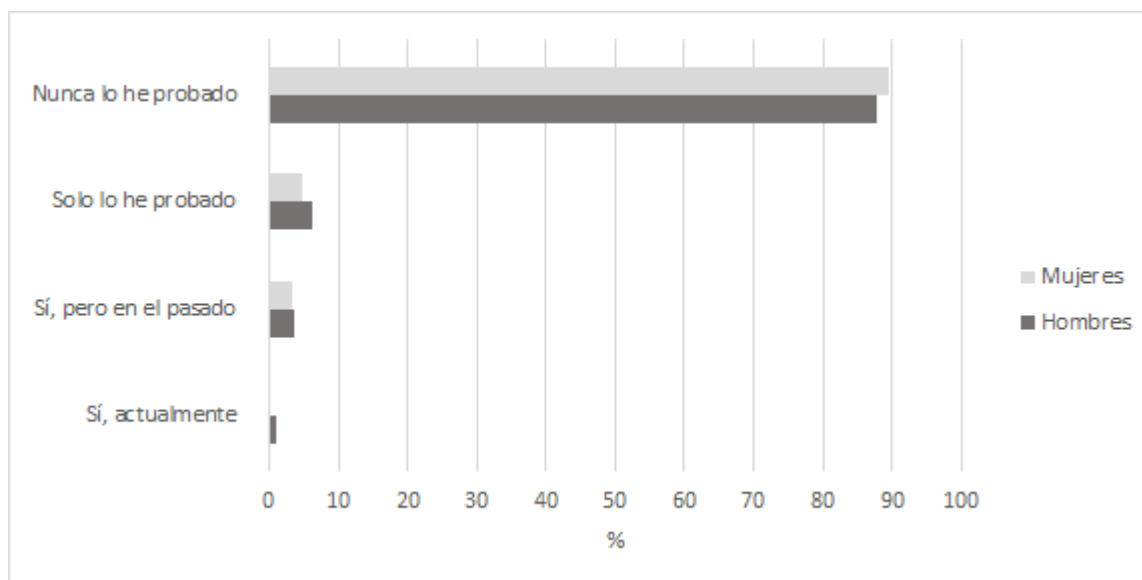


Fuente: Elaboración propia con datos de las ESA 2017-2023

En la ESA 2017 parece haber un gradiente social, fumando más cantidad las Clases Sociales más desfavorecidas (V y VI, por encima de 14 cigarrillos al día) y menos personas de clases sociales más elevadas (12,1%, en Clase Social I). También en cuanto a nivel de estudios, personas con nivel de estudios universitarios fumarían menos cantidad de cigarrillos al día (13 cigarrillos/día) y los que más los que tienen estudios primarios como máximo (16,7 cigarrillos/día).

En 2017 el uso de cigarrillos electrónicos representa el 0,6% siendo mayor en hombres (0,9% que en mujeres 0,3%). (Gráfico 41).

Gráfico 41: Frecuencia en el uso de cigarrillos electrónicos por sexo, Asturias 2017



Fuente: Elaboración propia con datos de la ESA 2017

Según los datos de la *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES 2023)*, el 33% de los estudiantes de 14 a 18 años de Asturias declaran haber fumado tabaco alguna vez en la vida, porcentaje similar al que se obtiene a nivel nacional (33,4%). En los últimos 12 meses desciende al 28,5% (27,7% nacional), en los últimos 30 días al 22% (21,0% nacional) y el consumo diario de tabaco afecta al 7,7% (7,5% nacional).

Por sexo, la prevalencia de consumo en los últimos 30 días es significativamente superior entre las chicas (24,8% vs 18,8%), brecha que también se observa en España. Respecto a la edad, el consumo aumenta con la edad, siendo estos incrementos más importantes a los 16 y 18 años.

Una buena noticia desde el punto de vista de salud pública, es que vuelve a descender de forma generalizada la prevalencia del hábito tabáquico en los últimos 30 días, a nivel regional y nacional en ambos sexos y para todas las edades. Otro tanto podemos decir del consumo diario, que en Asturias ha descendido del 9,2% al actual 7,7%.

Siguiendo con ESTUDES 2023, en Asturias, un 47,3% de los estudiantes de educación secundaria de 14 a 18 años reconocen haber consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en su vida, proporción más baja que la que se registra para el total de España (54,6%).

En función del sexo, igual que ocurre con el alcohol y el tabaco, el consumo alguna vez en la vida de cigarrillos electrónicos está más extendido entre las chicas (52,3%) que

entre los chicos (42,9%), relación que también se observa a nivel nacional. Al igual que ocurre con el tabaco, el consumo aumenta con la edad, así, el 64,5% de los estudiantes asturianos de 18 años ha probado alguna vez en la vida (66,1% en el ámbito nacional) los cigarrillos electrónicos.

Tomando como referencia el dato de 2019, destaca el incremento que se ha producido en el consumo experimental de cigarrillos electrónicos entre los estudiantes asturianos de 14 a 18 años, que ha pasado del 40,8% al 47,3%, al igual que ocurre a nivel nacional. Este aumento está basado en el producido en las chicas (del 36,4% al 52,3%). Por edad, éste consumo experimental se acentúa a partir de los 16 años, aumentando la prevalencia en 11 puntos porcentuales entre los 17 y los 18 años (del 53,7% al 64,5%).

La OMS propone un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo llamado *MPOWER (2008)*, que están en consonancia con el *Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)* adoptado por los Estados Miembros en 2003 y ratificado por 182 países, que han demostrado que salvan vidas y reducen los costes derivados del gasto sanitario evitado y entre las que se incluyen:

- Monitor: vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención.
- Protect: proteger a la población del humo de tabaco.
- Offer: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco.
- Warn: advertir de los peligros del tabaco.
- Enforce: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- Raise: aumentar los impuestos al tabaco.

A nivel regulatorio en Asturias contamos con la siguiente legislación:

- Resolución de 6 de junio de 2014, de la Consejería de Sanidad, sobre información y señalización en la venta y consumo de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina y productos similares (BOPA 02-07-2014).
- Ley 3/2014, de 27 de marzo por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la defensa de los consumidores y usuarios y otras leyes complementarias aprobadas por el Real Decreto legislativo 1/2007 de 16 de noviembre.
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

El plan de Salud dedica una Línea prioritaria al Alcohol y Tabaco y plantea varias metas de salud a alcanzar respecto al tabaco, así como, en el Área 2 la Acción 1.12:

- Mantener e iniciar medidas de protección y promoción de la salud relacionada con adicciones.
- Mantener las medidas de inspección y control en cuanto a la venta y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

La realización de campañas como la del *Día Mundial Sin Tabaco*, realizada el 31 de mayo de cada año, junto con las Jornadas de la Red Asturiana de Centros Libres de Tabaco, son acciones encaminadas a la coordinación de los y las profesionales e instituciones para luchar contra el tabaquismo.

4.1.4 Bebidas alcohólicas

La relación del consumo de bebidas alcohólicas con el desarrollo de determinados tipos de cáncer es bien conocida. Según los últimos datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), en el año 2020 se han producido 740.000 casos de cáncer en el mundo atribuido al consumo de alcohol, lo que supone alrededor de un 4% del total de cánceres diagnosticados. El cáncer de esófago ha sido el más frecuente con más de un cuarto de los casos (25,6%), seguido del colorrectal (21,1%), hígado (20,9%), mama (13,3%), cavidad oral (10,1%) y otros (9%).

Desde la OMS se ha lanzado la *iniciativa SAFER* en 2018, que es el acrónimo de las 5 intervenciones más rentables para reducir los daños relacionados con el alcohol:

- Acrónimo S en SAFER: Fortalecer las restricciones sobre la disponibilidad de alcohol.
- Acrónimo A en SAFER: Avanzar y hacer cumplir las medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol.
- Acrónimo F en SAFER: Facilitar el acceso a la detección, las intervenciones breves y el tratamiento.
- Acrónimo E en SAFER: Hacer cumplir prohibiciones o restricciones integrales sobre la publicidad, el patrocinio y la promoción de bebidas alcohólicas.
- Acrónimo R en SAFER: Aumentar los precios del alcohol a través de impuestos especiales y políticas de precios.

Desde el Ministerio de Sanidad se creó un grupo de trabajo para actualizar los límites de consumo de alcohol de bajo riesgo en nuestro país que se sitúan en 20 g/día (2 UBE) para hombres y 10 g/día (1 UBE) para mujeres, asumiendo que cualquier consumo por mínimo que sea implica riesgo. No existe un nivel de consumo seguro de alcohol y en base a la evidencia científica actual, ningún profesional de la salud o institución debe recomendar su consumo para mejorar la salud.

Según la *ENSE 2017*, el 36,5% de la población española de ≥ 15 años declara consumir habitualmente alguna cantidad de alcohol (14,72% a diario y 21,78% semanal pero no diario). El porcentaje de abstemios en España ha disminuido con respecto a encuestas anteriores, pasando de 31,36% en 2006 a 20,59% en 2017.

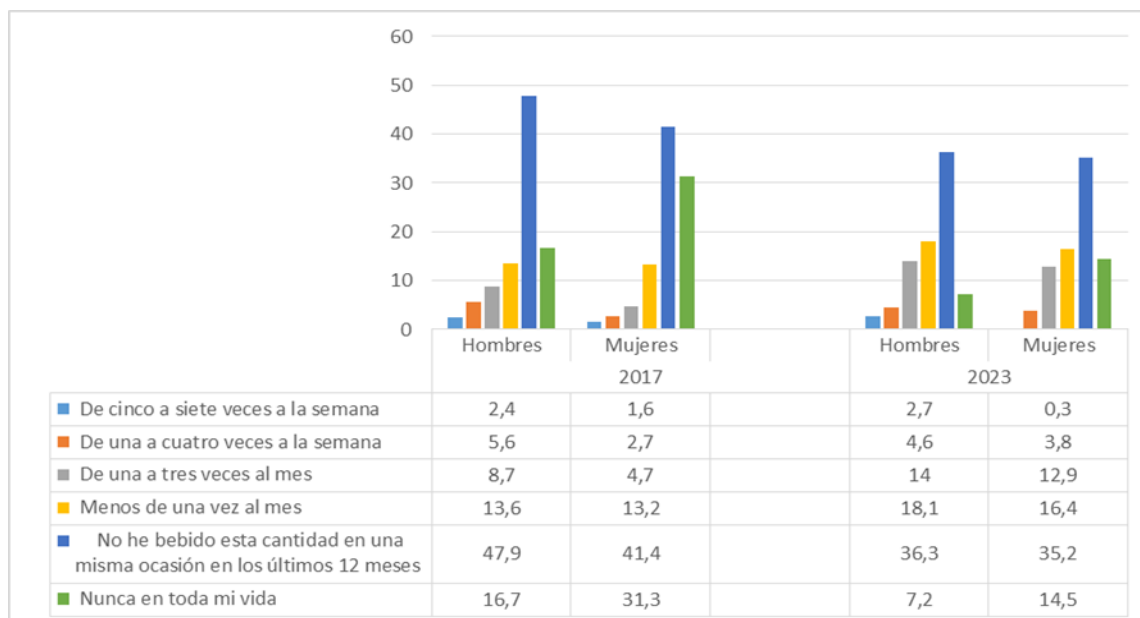
Casi el 5% de los niños/as asturianos han consumido alcohol, según mencionan sus padres en la *ESIA 2017* (2,1% niños y 7,8 niñas).

En Asturias, en la *ESA 2023*, ocho de cada diez asturianos afirman que ha tomado alcohol en los últimos doce meses. El consumo habitual de alcohol se encuentra en torno al 55,9% (4,6% a diario y 51,3% con una frecuencia semanal) superando las cifra de 2017, 47% (11,4% y 35,35% respectivamente).

Los hombres consumen más alcohol que las mujeres en el último año (79,2% y 66,7% respectivamente), circunstancia que ocurría ya *2012* y *2017*. Las personas abstemias son

más frecuentes entre la mujeres (14,5%) que entre los hombres (7,2%); sin embargo, ha disminuido el número de personas que refieren ser abstemias desde 2017 (Gráfico 42).

Gráfico 42: Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en el último año por sexo, Asturias. Comparativa 2017-2023



Fuente: Elaboración propia con datos de la ESA 2017-2023

En la ESA 2017, se observa que las personas en zona rural han consumido más frecuentemente alcohol en el último año y en el último mes (65,9% y 51,5% respectivamente). Lo mismo sucede con las personas residentes en las Áreas II y VII, que son las que han consumido con más frecuencia alcohol con la periodicidad anteriormente mencionada.

Las personas de la Clase Social I y III han consumido más frecuentemente alcohol en el último año (70,1% y 70,5%, respectivamente) y los de la Clase Social I lo hacen en el último mes (61,4%). Aquellos/as que declaran tener un nivel de estudios universitarios son los/las que más frecuentemente han consumido alcohol tanto en el último año como en los últimos treinta días (72,4% vs. 40,7% en personas con estudios primarios) y en el segundo periodo de tiempo analizado (61,9% vs. 31,1% en personas con estudios primarios).

En 2017, la media de edad en el inicio de consumo habitual de alcohol se sitúa en los 19,58 años (18,68 hombres y 20,32 mujeres). El número de años de promedio consumiendo alcohol es de 30,1 años.

En 2017, el 43,9% de la población ha recibido consejo médico sobre que el consumo de bebidas alcohólicas es perjudicial para su salud.

La encuesta ESTUDES 2023 refleja que el alcohol es con diferencia, la sustancia psicoactiva más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años. En Asturias, la prevalencia del alcohol es ligeramente superior a la que se registra a nivel nacional para todos los ámbitos temporales, que responde al mayor consumo de las mujeres de 14 a 18 años asturianas frente a sus congéneres españolas, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

La edad media de inicio del consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de Asturias se sitúa en los 14 años, similar a la cifra que se registra a nivel nacional y que se mantiene estable desde hace tiempo.

La prioridad para la salud pública que supone el consumo de alcohol en menores de edad estaría avalada solamente por el siguiente dato; el 58,9% de los alumnos de 14 años ya ha probado el alcohol, proporción que aumenta hasta el 84,6% entre los de 16 años y supera el 93% entre los mayores de edad.

El 47,7% de los alumnos de 14 a 18 años de Asturias se ha emborrachado (intoxicación etílica aguda) alguna vez en la vida, porcentaje similar al de España, establecido en 47,5%. Según el sexo, las chicas se emborrachan en mayor proporción que los chicos (52% vs. 44%), brecha que también se observa a nivel nacional.

La edad tiene una fuerte influencia sobre esta variable. Así, 2 de cada 10 estudiantes de 14 años del Principado se ha emborrachado alguna vez en la vida, mientras que dos años más tarde, a los 16 años, ya son cerca de 6 de cada 10 (58,7%) y se acerca a 8 de cada 10 (77,5%) a los de 18 años.

En relación a los datos de 2019 se observa un descenso en todos los tramos temporales contemplados en los chicos y un aumento en las chicas, lo que es coherente con la tendencia hallada en el consumo de alcohol. También como en ese indicador, las diferencias respecto a 2019 en las borracheras en los últimos 30 días son mínimas, lo que no nos permite afirmar con la misma seguridad esa tendencia diferente en éste caso.

Se conoce como “*binge drinking*” o consumo en atracón a la conducta en la que la persona consume 5 o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión, es decir, en un intervalo aproximado de dos horas.

En Asturias, el 28,7% de los alumnos de 14 a 18 años reconoce haber realizado este tipo de consumo en los últimos 30 días, proporción similar a la que se registra a nivel nacional (28,2%). Éste tipo de conducta, al igual que las borracheras, aumenta con la edad. Así, el 13,7% de los alumnos de 14 años reconocen este patrón de consumo, porcentaje que casi se triplica a los 16 años (34,7%), alcanzando el mayor crecimiento de los 17 (36,6%) a los 18 años (55%), con un aumento de 18,5 puntos porcentuales.

En comparación con los resultados nacionales, se observa una menor prevalencia del “*binge drinking*” en Asturias entre los estudiantes de 15 a 17 años, y que sin embargo superan de forma clara a los 18 años.

No se aprecia una diferencia sustancial entre el porcentaje de chicas y chicos que reconoce este patrón de consumo en Asturias, si bien se muestra ligeramente más extendido entre las mujeres, pauta que se invierte a nivel nacional, donde tampoco se observan grandes diferencias en función del sexo.

Tomando como referencia el dato de 2019, la prevalencia de “*binge drinking*” ha caído en Asturias 2,3 puntos porcentuales. Por sexo este descenso se ha registrado en mayor proporción entre los chicos, y por edad destaca el fuerte retroceso observado entre los estudiantes de 16 y 17 años.

A nivel nacional, también se observa éste descenso en el total, en este caso de 4 puntos porcentuales. En este ámbito se observa un descenso equivalente tanto entre los chicos como entre las chicas, haciéndose más evidente la caída en los estudiantes de 17 y 18 años.

En la última *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2022)*, los resultados de Asturias muestran que la sustancia de mayor prevalencia de consumo en la población de 15 a 64 años es el alcohol con un 79,8% de los encuestados, siendo superior al consumo nacional (76,4%).

En comparación con la anterior edición de EDADES (2020), se observa un descenso del 5,5% en la prevalencia del consumo en los últimos doce meses de alcohol. El consumo es superior en hombres que en mujeres, resultado esta diferencia estadísticamente significativa en los últimos doce meses y en el último mes, pero resultando llamativo en el consumo diario donde la prevalencia en hombres triplica a la de las mujeres.

La edad media inicial de consumo de alcohol en nuestra comunidad autónoma son 16,1 años siendo similar a la nacional. Las generaciones más jóvenes (15-34 años) beben en menor proporción que las mayores (35-64 años). Tanto en Asturias como en España, en el consumo habitual o en los últimos 30 días, son las mujeres de 15-24 años las que presentan porcentajes superiores a los hombres. Sin embargo, las diferencias significativas se observan a partir de los 35 años, siendo el consumo superior en hombres, lo mismo ocurre con el consumo diario.

Son conductas de riesgo en el consumo de alcohol las borracheras, siendo más frecuentes en hombres que en mujeres con diferencia significativas en todas las tipologías de consumo. Con respecto a España, nuestra CA presenta menor prevalencia de borracheras entre los 15-34 años. En las borracheras en los últimos 30 días, la prevalencia en las mujeres desciende con la edad, mientras que en los hombres se observa una ligera tendencia ascendente. Sin embargo, la proporción de mujeres supera a los hombres en un 2,5% en el grupo de 15-24 años y un 3,5% en el grupo de 25-34 años.

La tendencia en las borracheras se mantiene estable en ambos sexos estando presente en aproximadamente 4 de cada 10 hombres y 1 de cada 10 mujeres en los últimos 12 meses. Desde 2017 se observa una tendencia descendente entre los hombres.

Otro tipo de conducta de riesgo, relacionado con el alcohol, es el atracón definido como el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas para hombres (50 g) y, 4 o más para mujeres (40 g), en una única ocasión (en un periodo de dos horas) al menos una vez en los últimos 30 días. En los atracones, como en las borracheras, la prevalencia de consumo es ligeramente mayor en los hombres (18,3%) que en las mujeres (16,2%), aunque en éste caso sin diferencias significativas. Si nos comparamos con España, la prevalencia de atracones es inferior en hombres (18,3% A, 20,3% E) y superior en mujeres (16,2% A, 10,4% E). La prevalencia de atracones de alcohol desciende en ambos sexos conforme aumenta la edad, de forma más acusada entre las mujeres, aunque las diferencias entre sexos no llegan a ser significativas en ningún grupo de edad.

En base al Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), en comparación con el resto de España, el consumo de riesgo de alcohol se da en mayor proporción entre las mujeres y en la población mayor de 35 años. Del total de la población de Asturias de 15 a 64 años, el 7,6% llevan a cabo un consumo de alcohol de riesgo (8,6% en mujeres y 6,5% en hombres), con diferencias no significativas. Por grupos de edad, la diferencia estadísticamente significativa se observa en el grupo de edad de 25-34 años (10,5% en mujeres y 3,3% en hombres).

En Asturias, contamos con un *Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas* que tiene como objetivo fundamental recoger, analizar y difundir indicadores que permitan evaluar la situación del consumo de drogas, sus repercusiones médicas, sociales y judiciales y la utilización de los servicios ofertados en este campo en Asturias.

4.1.5 Exposición solar

Debemos recordar que la sobreexposición a la radiación solar ultravioleta (UV) es la principal causa prevenible de melanoma y de cáncer de piel no melanoma.

Un nuevo estudio realizado por científicos de la *Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC)* predice que la cantidad de nuevos casos de melanoma cutáneo por año aumentará en más del 50 % entre 2020 y 2040.

En 2020, se diagnosticaron aproximadamente 325.000 nuevos casos de melanoma en todo el mundo y 57.000 personas murieron a causa de la enfermedad. Existen grandes variaciones geográficas en las tasas de incidencia entre países y regiones del mundo.

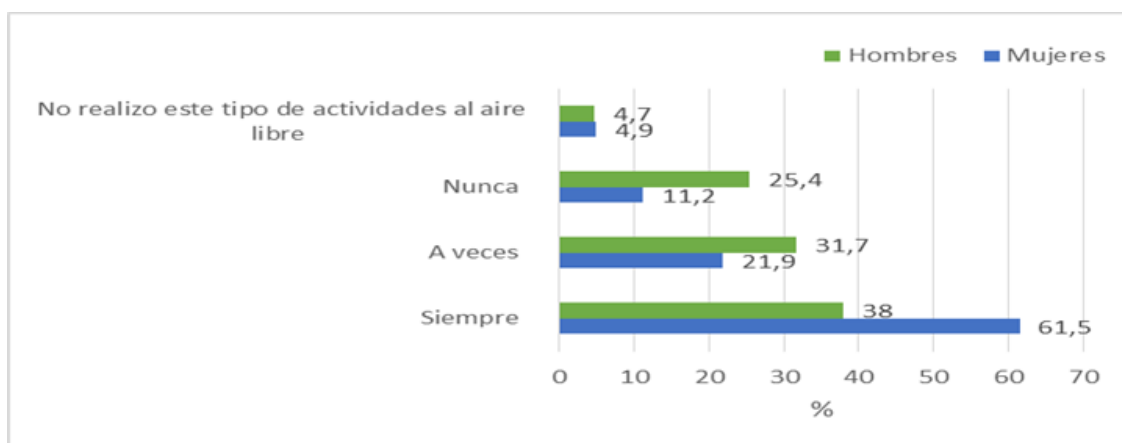
Según el informe de la Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA) “Venciendo al cáncer, *El papel del medio ambiente europeo*”, la radiación ultravioleta (RUV), principalmente del sol, pero también de algunas fuentes artificiales, como camas y lámparas de bronceado (no cubiertas en este informe), es un factor de riesgo fuerte y omnipresente para varios tipos de cáncer de piel, incluido el melanoma maligno, un tipo de cáncer que se cobra más de 20.000 vidas en Europa cada año. Las tasas más altas de nuevos casos de melanoma en Europa en 2020, según las últimas estimaciones, se han producido en Dinamarca, Suecia, los Países Bajos y Alemania.

Las medidas básicas de prevención incluyen campañas de sensibilización para reducir la exposición al sol, como llevar la ropa adecuada, el uso de protectores solares, el consejo específico para aquellos viajeros a países con altos niveles de RUV y aquellas medidas preventivas adicionales que requieren ciertos tipos de ocupaciones laborales.

Sin embargo, el uso de campañas de sensibilización para la prevención del cáncer de piel, incluida la limitación de la exposición a la radiación RUV, sigue siendo bajo en Europa en general, e incluso más bajo en los países de Europa del Este.

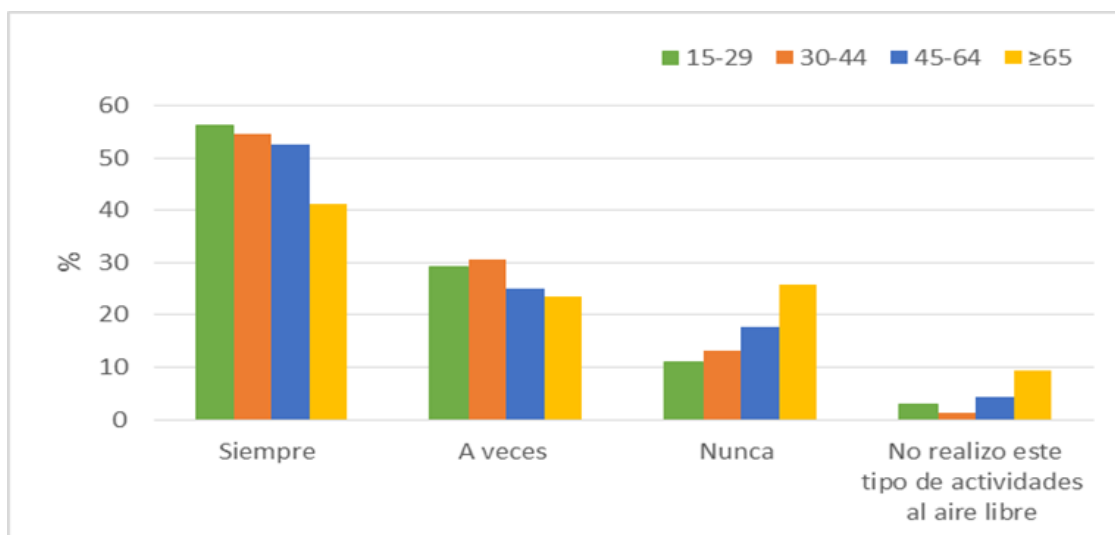
Según los datos de la ESA 2017 el uso de medidas de protección solar cuando se realizan actividades de ocio o de trabajo al aire libre indican que son más frecuentes en mujeres y población más joven (Gráficos 43 y 44).

Gráfico 43: Frecuencia de realización de medidas de protección solar según sexo, Asturias 2017



Fuente: Elaboración propia con datos de la ESA 2017

Gráfico 44: Frecuencia de realización de medidas de protección solar por grupo de edad, Asturias 2017



Fuente: Elaboración propia con datos de la ESA 2017

Aunque la Directiva de la UE sobre radiación óptica de 2006 (2006/25/EC) define valores límite para la exposición de los trabajadores a la radiación óptica artificial en los ojos y la piel, no cubre la exposición a la radiación óptica natural (luz solar). Sin embargo, la Directiva Marco de la UE 89/391/EEC sobre protección de los trabajadores establece que el empleador tiene el deber de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con su trabajo (incluida la radiación óptica natural).

El Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer tiene como objetivo proteger a los trabajadores al aire libre de los riesgos derivados de la exposición en el trabajo, incluida la RUV.

El Código Europeo Contra el Cáncer en su punto 7º aconseja evitar una exposición excesiva al sol, sobre todo en niños y utilizar protección solar. Otra recomendación dentro del mismo punto es la de no usar cabinas de rayos UVA.

El *Real Decreto 1002/2002, de 27 de septiembre*, por el que se regula la venta y utilización de aparatos de bronceado mediante radiaciones ultravioletas, expone en su artículo 7: “En los centros de bronceado queda prohibida la utilización de los aparatos de bronceado cuando el consumidor o usuario sea un menor de dieciocho años”. En Asturias, contamos con dos Decretos en relación a los centros de bronceado:

- *Decreto 13/2005*, de 3 de febrero, por el que se regulan los requisitos de formación del personal que presta servicios en centros de bronceado.
- *Decreto 109/2008*, de 15 de octubre, por el que se regula la obligación por parte de las personas titulares de centros de bronceado de declarar su actividad ante la Administración del Principado de Asturias.

4.1.6 Enfermedades inmunoprevenibles

Según los datos de la ESIA 2017 y 2023, se mantiene el porcentaje de la población incluida que han recibido las vacunas contempladas en el Calendario de vacunaciones infantil de nuestra comunidad autónoma (98,8% y 98,7% respectivamente), y aumenta los que han recibido también vacunas no incluidas en calendario (47% y 61,3%).

En 2017 la razón principal por las que no se han puesto las vacunas para un 37,4% es *porque no estoy de acuerdo con alguna de ellas* (37,4%); sin embargo, en 2023 esa circunstancia desciende al 20%, mientras que el 60% no se vacuna alegando otras causas no especificadas.

El virus del papiloma humano (VPH) es un ADN virus que puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales pero también verticalmente de madre a hijo durante el parto o por vía transplacentaria. La mayoría de las personas se infectan poco después de iniciar su actividad sexual, pero más del 90% consiguen eliminar la infección. Existen varios genotipos del VPH relacionados con el desarrollo de cáncer en varias localizaciones anatómicas: cuello uterino, vulva, vagina, pene, ano y, en menor frecuencia, carcinomas de la cavidad oral, laringe, esófago y tracto respiratorio.

El cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, con una incidencia estimada de 604.000 nuevos casos y 342.000 muertes en 2020. Alrededor del 90% de las 342 000 muertes causadas por el cáncer de cuello uterino se produjeron en países de ingreso bajo y mediano. Las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino más elevadas se registran en África Subsahariana, América Central y Asia Sudoriental. Las diferencias regionales en la carga de cáncer de cuello uterino se relacionan con las desigualdades en el acceso a los servicios de vacunación, cribado y tratamiento, los factores de riesgo, como la prevalencia del VIH, y determinantes sociales y económicos como el sexo, los sesgos de género y la pobreza.

La Asamblea de Salud de la OMS ha adoptado en 2020 la *Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Salud Pública*, con un enfoque integral a lo largo de la vida y con una serie de acciones multidisciplinares entre las que se incluye la vacunación frente al VPH en niñas de 9 a 14 años como medida de prevención primaria.

En España, la prevalencia media de infección por VPH en mujeres es del 14,3%, siendo de hasta el 29% en mujeres jóvenes de 18-25 años. El genotipo 16 (alto riesgo) y los genotipos 6 y 11 (bajo riesgo) son los más frecuentes en nuestro país.

En octubre de 2007 se aprobó en España se introduce la vacunación sistemática frente al VPH, en las niñas adolescentes con pauta de 3 dosis. En enero de 2013, se rebajó la edad de administración de la vacuna a los 11-12 años. En 2016, se estableció como

objetivo disminuir la incidencia de infección por VPH para reducir los casos de cáncer de cérvix causados por los genotipos oncogénicos 16 y 18.

Para ello, se perseguía alcanzar una cobertura de vacunación con dos dosis frente a VPH (pauta 0, 6 meses) de al menos el 80% de las niñas de 12 años. En 2018, se revisa la vacunación frente al VPH en el contexto de vacunación de adultos y personas de especial riesgo, incluyéndose la captación de las mujeres que no se hubiesen vacunado previamente (hasta los 18 años de edad inclusive) y la vacunación de personas con determinadas condiciones y situaciones de riesgo. Por último, en octubre de 2022 se aprobaron unas nuevas recomendaciones de vacunación frente a VPH, incorporando la vacunación de los varones adolescentes en el programa de vacunación sistemático frente a VPH.

El 15 de febrero de 2024, la Comisión de Salud Pública aprueba la revisión de la estrategia de una dosis de vacunación frente a VPH realizada por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, por la que se propone pasar de una pauta de 3 a 2 dosis en personas de 15 a 25 años (incluidos) de edad. En personas de 26 y más años y en aquellas con inmunosupresión se mantiene la recomendación de una pauta de 3 dosis (0, 1-2 y 6 meses).

Por lo tanto, las recomendaciones de vacunación frente a VPH quedarían como sigue:

- Vacunación sistemática de niñas y niños a los 12 años. Pauta de 2 dosis separadas al menos 6 meses.
- Captación de las mujeres no vacunadas hasta los 18 años y de varones no vacunados a partir de la fecha de introducción en el calendario de vacunación. Pauta de 2 dosis separadas al menos 6 meses.
- Personas no vacunadas con determinadas situaciones de riesgo. Pauta de 2 dosis separadas al menos 6 meses:
 - Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, hasta los 25 años (incluidos).
 - Situación de prostitución, hasta los 25 años (incluidos).
- En las personas con las siguientes condiciones de inmunosupresión y hasta los 45 años (incluidos), se administrará siempre una pauta de 3 dosis (0, 1-2 y 6 meses), independientemente de la edad de comienzo de la vacunación:
 - Síndrome WHIM (IDP): vacuna que cubra tipos 6 y 11.
 - Infección por VIH.
 - Trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos.
- Mujeres, independientemente de la edad, que hayan recibido cualquier tratamiento de lesión intraepitelial de alto grado en cérvix (CIN2+). Pauta de 3 dosis (0, 1-2 y 6 meses).

La vacunación sistemática frente al VPH en nuestra CA se inició en la segunda mitad del 2008, con las niñas de 13 años (nacidas a partir de 1995). En la última actualización del

Calendario de Vacunación Infantil (enero 2023), establece que la vacunación frente al VPH se realizará, tanto en niñas como en niños, a los 10 años de edad comenzando a partir del 1 de enero de 2023.

Además, durante los años 2023 y 2024 se realizará la vacunación de las cohortes de varones que cumplen 12 años en dichos años (nacidos en 2011 y 2012, respectivamente). A partir del año 2025, se continuará con la vacunación frente al VPH de toda la población infantil a los 10 años de edad.

EL calendario de vacunaciones del adulto y en situaciones especiales de Asturias es del 2014, y en el apartado de vacunación frente a VPH, se recomienda a mujeres, desde los 9 hasta los 25 años de edad, no vacunadas anteriormente, que presenten algunas de las siguientes indicaciones:

- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, incluida la infección por VIH.
- Enfermedades que requieran, o puedan requerir, tratamiento con fármacos inmunosupresores.
- Trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos.

Los datos de cobertura de vacunación de VPH publicados por el Ministerio para 2023 en Asturias, son 91,21% para primeras dosis y un 84,72% para segundas dosis, superiores a las nacionales, con un 89,09% y un 75,24% respectivamente.

La hepatitis B es una enfermedad potencialmente mortal causada por el virus de la hepatitis B (VHB) que representa un importante problema de salud pública y que puede llegar a cronificarse, lo que conlleva un alto riesgo de muerte por cirrosis o cáncer de hígado. Por lo general, el virus se transmite de madre a hijo durante el parto, en la primera infancia y través del contacto con sangre u otros líquidos corporales durante las relaciones sexuales con una pareja infectada, de inyecciones sin suficientes garantías de seguridad o de la exposición a instrumentos afilados.

La OMS estima que 296 millones de personas padecían infección crónica por el virus de la hepatitis B en 2019, y que cada año se producen 1,5 millones de nuevas infecciones. En 2019, la hepatitis B causó unas 820 000 muertes, principalmente por cirrosis o carcinoma hepatocelular (cáncer primario del hígado).

Las estrategias mundiales del sector de la salud para 2022-2030 contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual tienen como objetivo orientar al sector de la salud a la hora de aplicar respuestas estratégicas encaminadas a alcanzar los objetivos de poner fin al sida, las hepatitis víricas B y C y las infecciones de transmisión sexual (ITS) al 2030.

En España, la prevalencia de la enfermedad es baja (1%), en 2020 se notificaron 265 casos de hepatitis B aguda, según el último informe del *Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, sobre la Vigilancia de la Hepatitis B*. Desde el año 2008 hasta ahora se viene produciendo un descenso en las tasas de incidencia anuales (2,12 y 0,71 casos por 100.000 habitantes respectivamente).

Las recomendaciones de vacunación actuales acordadas por el *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)* son:

- VACUNACIÓN EN LA INFANCIA: Se administrarán 3 dosis de vacuna a los 2, 4 y 11 siempre que se asegure una alta cobertura de cribado prenatal de la embarazada. Se vacunará con pauta 0, 2, 4 y 11 meses a los hijos/as de madres con AgHBs positivo. Se administrará la primera dosis en las primeras 24 horas de vida junto con la administración de inmunoglobulina anti-HB.
- VACUNACIÓN EN JÓVENES MENORES DE 18 AÑOS: En menores de 18 años no vacunadas con anterioridad, se administrarán 3 dosis con pauta 0, 1 y 6 meses.
- VACUNACIÓN EN SITUACIONES DE RIESGO: Aquellas personas con condiciones de riesgo que no hayan sido vacunadas previamente deberán recibir 3 dosis de vacuna VHB con pauta 0-1-6 meses (salvo personas en diálisis y prediálisis que precisarán 4 dosis con pauta 0-1-2-6 meses). Realizar marcadores serológicos (anti-HBc, anti-HBs, AgHBs) antes de vacunar a personas con riesgo. Se consideran personas de riesgo:
 - Enfermedad hepática crónica y alcoholismo crónico.
 - Infección por VIH.
 - Trasplantados (órgano sólido o hematopoyético) o en espera de trasplante de órgano sólido.
 - Síndrome de Down.
 - Aquellas con riesgo de exposición: convivientes con personas enfermas, diálisis, uso de drogas inyectables, prostitución, hombres que tienen sexo con hombres, personas recientemente diagnosticadas de infección de transmisión sexual, personal sanitario, otro personal con riesgo.

En nuestra CA, se mantiene este calendario en la población infantil y en el *Calendario de vacunaciones del adulto* se establecen los criterios de presunción de inmunidad frente a VHB, las indicaciones médicas, ocupacionales, conductuales y epidemiológicas, las pautas de vacunación, las vacunas disponibles y las indicaciones de profilaxis pos exposición.

Según los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad de coberturas de primovacunación y dosis de recuerdo con vacuna hexavalente en el año 2023, la primovacunación VHB (% niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis) en Asturias fue del 98,28% y de la recuerdo 1 VHB (96,82%). Estos datos están por encima de lo sucedido en España (97,29% y 92,92% respectivamente).

4.1.7 Hepatitis C

La Hepatitis C es una enfermedad hepática, producida por un Hepacivirus de la familia de los Flaviridae, que puede cursar tanto de forma aguda como crónica, con un periodo de incubación de entre 2 dos semanas y seis meses, con poca o ninguna sintomatología inicial y con tendencia a la cronificación. El periodo de transmisibilidad puede comenzar varias semanas antes del inicio de síntomas y continuar por un periodo indefinido.

Entre el 15% y el 45% de las personas afectadas eliminan el virus espontáneamente, cronificándose en el resto; con un riesgo de cirrosis que oscila entre el 15% y el 30% en los siguientes 20 años. Una vez establecida la cirrosis, el riesgo de carcinoma hepatocelular es de 1-4% al año.

Según los datos de la IARC, se estima que el 7,4% de los cánceres a nivel mundial y el 11% a nivel europeo en el 2020 son atribuibles al virus de la Hepatitis C (VHC).

Desde el Ministerio de Sanidad se ha puesto en marcha el Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (PEAHC), cuya última actualización es del 2020. En la actualidad se está elaborando un borrador para adaptarlo a nuestra CA.

Uno de los objetivos específicos de la línea estratégica 1 del Plan es la prevención primaria que busca reducir la incidencia de Hepatitis C, reduciendo el riesgo de exposición al virus, principalmente en los grupos de población de alto riesgo: las personas que consumen drogas inyectables; en entornos de atención sanitaria; en HSH (hombres que tienen sexo con hombres) con prácticas sexuales de riesgo y en pacientes con infección por VIH.

4.1.8 Salud ambiental.

La contaminación del aire supone un riesgo medioambiental de alta importancia para la salud. Según estimaciones de la OMS para el 2016, el 6% de las muertes prematuras relacionadas con la contaminación atmosférica se debieron al cáncer de pulmón (algunas atribuidas a más de un factor de riesgo como es el consumo de tabaco). También se ha observado una relación entre la contaminación del aire exterior y el aumento de los cánceres de vías urinarias y vejiga.

Según el informe, *“Venciendo al cáncer, El papel del Medio Ambiente en Europa”*, publicado por la Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA) en junio de 2022, la exposición a la contaminación es la causante del 10 % de todos los casos de cáncer en Europa. Los riesgos ambientales por sí solos causaron más del 5 % de las muertes por cáncer en varios países europeos en 2019.

De acuerdo con el citado informe, la contaminación atmosférica (tanto interior como exterior) está relacionada con alrededor del 1 % de todos los casos de cáncer en Europa y causa aproximadamente el 2 % de todas las muertes por cáncer. Si consideramos solo el caso del cáncer de pulmón, esta cifra aumenta hasta el 9 % de las muertes. En el período 2005-2019, disminuyeron las emisiones de todos los contaminantes atmosféricos claves en la EU-27, incluidos ciertos carcinógenos.

Las limitaciones establecidas durante la pandemia por COVID-19 contribuyeron a reducir aún más estas concentraciones, aunque esa caída fue temporal y los niveles de contaminación, con la excepción del NO₂, han vuelto en gran medida a los niveles previos a la pandemia. Por ejemplo, las concentraciones medias anuales de PM_{2.5} disminuyeron en promedio un 22 % en la década 2009-2018 y el porcentaje de la población urbana expuesta a concentraciones de PM_{2.5} superiores a 10 µg/m³ disminuyó del 97 % en 2006 al 61 % en 2019.

Los niveles más bajos de exposición se traducen en una disminución de los impactos en la salud de la contaminación del aire, incluido el cáncer. Sin embargo, hay algunas advertencias a esta tendencia positiva:

- El cáncer tiene un largo período de latencia, por lo que los casos actuales reflejan principalmente exposiciones pasadas.
- Los niveles de contaminación están disminuyendo menos y desde concentraciones iniciales más altas en algunas partes de la región, especialmente en Europa del Este.

Aunque la contaminación del aire ha mejorado en Europa, todavía estamos por encima de las directrices de calidad del aire de la OMS de 2021, y el 96 % de la población urbana europea todavía estaba expuesta en 2020 a niveles de PM_{2.5} por encima del umbral recomendado (5 µg/m³).

La política de aire limpio de la UE se basa en tres pilares fundamentales:

- La Directiva (UE) 2016/2284 del Parlamento Europeo y del Consejo de 14 de diciembre de 2016 relativa a la reducción de las emisiones nacionales de determinados contaminantes atmosféricos, por la que se modifica la Directiva 2003/35/CE y se deroga la Directiva 2001/81/CE.
- La legislación específica para el control de las fuentes claves de contaminación del aire. (CE2022).
- Las Directivas de calidad del aire ambiental (UE, 2004,2008).

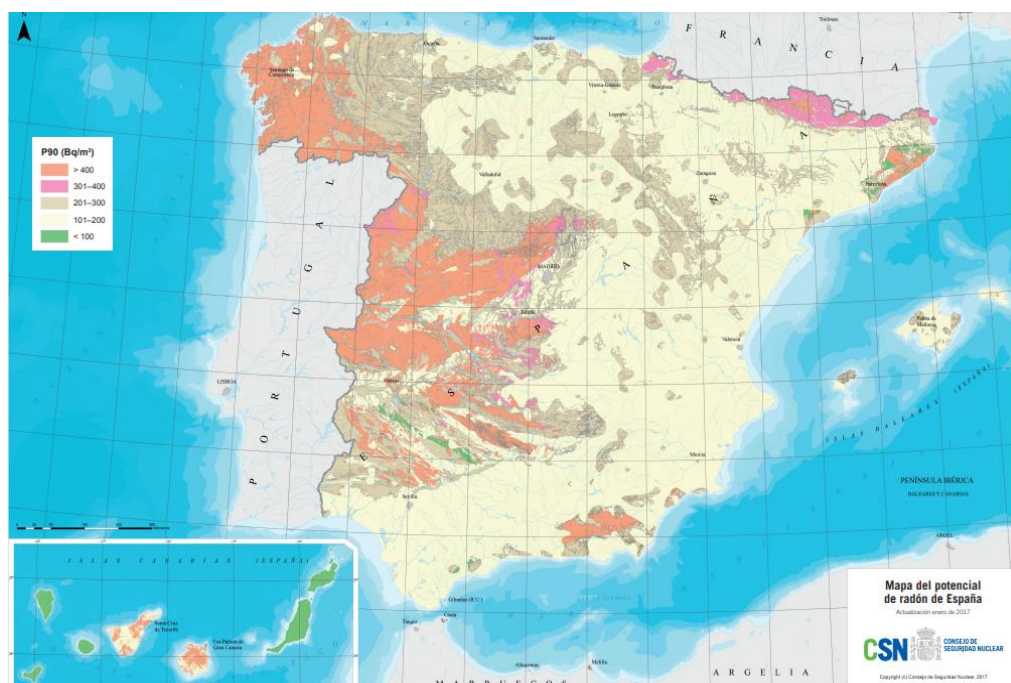
En 2022, la Comisión Europea, inició una revisión de las Directivas de calidad del aire ambiental (AAQD), en parte para alinear los estándares de la UE con las recomendaciones de la OMS. Esto es clave para lograr uno de los objetivos del plan de acción de contaminación cero: reducir para 2030 el número de muertes prematuras causadas por la exposición a PM2.5 en al menos un 55% en comparación con los niveles de 2005.

El Radón fue declarado en 1988 carcinógeno humano tipo I por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos (USEPA). La exposición al radón en recintos cerrados puede asociarse con hasta el 2 % de todos los casos de cáncer y a uno de cada diez casos de cáncer de pulmón en Europa.

La Directiva de Normas Básicas de Seguridad de la UE de 2013 introdujo por primera vez requisitos legalmente vinculantes sobre la protección contra la exposición a fuentes de radiación natural y ordenó a todos los Estados miembros de la UE establecer planes de acción nacionales sobre el radón, definir niveles de referencia para las concentraciones de radón en interiores en viviendas y lugares de trabajo e identificar y delinear áreas prioritarias de radón. El Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer ayuda a los Estados miembros a implementar los requisitos de protección frente a la radiación ionizante, en particular el radón, que causa un número considerable de cánceres de pulmón. Uno de los 12 mensajes del Código Europeo contra el Cáncer insta a los ciudadanos a “Averigüe si está expuesto a la radiación de niveles naturalmente altos de radón en su hogar. Tome medidas para reducir los niveles altos de radón”.

La distribución del Radón en España, no es homogénea. El mapa del potencial de Radón en España, realizado por *Consejo de Seguridad Nuclear*, identifica aquellas zonas en las que un porcentaje significativo de edificios residenciales presenta concentraciones superiores a 300 Bq/m³. El potencial Radón de una zona es el percentil 90 (P90) de la distribución de niveles de Radón de los edificios de esa zona. Por ejemplo, 300 Bq/m³ significa que: el 90% de los edificios tienen concentraciones inferiores a 300 Bq/m³ y el 10% supera este nivel. (Gráfico 45).

Gráfico 45: Mapa del potencial de Radón en España



Fuente: Consejo de Seguridad Nuclear. (<https://www.csn.es/radon>)

En España, el Código Técnico de la Edificación de 2019, que ha entrado en vigor en septiembre de 2020 establece la obligatoriedad de medidas de protección frente al Radón en vivienda nueva en función del riesgo estimado del municipio de presentar concentraciones elevadas de Radón. El límite establecido de exposición, tanto en viviendas como en lugares de trabajo es de 300 Bq/m³, lo que hace replantearse la necesidad de una disminución del mismo, para poder adaptarse a las recomendaciones de la OMS (100 Bq/m³).

La Estrategia Nacional del Cáncer del SNS contempla evaluar el impacto sobre la salud de la exposición a radón en población española y desarrollar acciones encaminadas a reducir dicho impacto. Entre las acciones propuestas se encuentran

- Recopilar la evidencia científica y técnica que sirva de base para la elaboración e implantación de un Plan Nacional de acción frente al Radón.
- Establecer un marco normativo que proteja a la población en vivienda nueva.
- Estimar la carga de cáncer atribuible al radón en España.

En enero de 2024 el Consejo de Ministros aprobó el Plan Nacional contra el Radón, en el que se recogen las estrategias y las actividades a desarrollar por las diferentes administraciones públicas con el fin de reducir el riesgo para la salud de la población por exposición a este gas. El plan fue presentado el 10 de abril en una Jornada organizada por la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral del Ministerio de

Sanidad, y en agosto se publicó el informe “Revisión de evidencia y buenas prácticas sobre vigilancia sanitaria específica en personas expuestas a radón ocupacional”, como paso previo para la elaboración de un protocolo específico de vigilancia de la salud. Entre las propuestas realizadas cabe mencionar la siguiente:

“En caso de que en un futuro próximo las distintas administraciones sanitarias en España impulsaran la implantación de programas de cribado por TCBD (tomografía computarizada de baja dosis) para la población general, con determinados factores de riesgo, debería asegurarse la inclusión de exposición laboral al radón, y que dichos programas tengan en cuenta lo discutido en el presente documento en cuanto a una completa, rigurosa e individualizada estimación del balance riesgo-beneficio. Para ello deberá contarse con el historial dosimétrico individual por exposición a radón, o en su defecto, una estimación a posteriori de la dosis efectiva acumulada por exposición a radón”.

Actualmente Galicia está elaborando un Plan de Reducción del Radón 2024-2028 siendo la primera Comunidad Autónoma en desarrollarlo.

La Iniciativa Europea de Biomonitorización Humana (HBM4EU) se lanzó en 2016 con el objetivo de mejorar la comprensión colectiva de la exposición humana a sustancias químicas peligrosas y desarrollar HBM como método de evaluación de la exposición. Participaron 24 estados miembros de la UE más Noruega, Suiza, Islandia e Israel y la Agencia Europea de Medio Ambiente.

De la lista prioritaria de 16 grupos de sustancias peligrosas de uso común seis grupos de sustancias (anilinas, arsénico, cadmio, cromo, micotoxinas y HAP) incluyen carcinógenos conocidos o presuntos según lo establecido en el Reglamento de Clasificación, Etiquetado y Envasado (CLP) de la UE y por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC).

La lista de prioridades de HBM4EU es solo una pequeña muestra de la amplia variedad de sustancias tóxicas con propiedades cancerígenas que se encuentran en el medio ambiente y el lugar de trabajo. El proyecto finalizó en junio de 2022.

Las conclusiones del informe de la AEMA, reflejan que necesitamos mejores datos sobre la exposición en toda Europa a los riesgos ambientales y laborales de cáncer y necesitamos más pruebas sobre el riesgo que surge de los bajos niveles de exposición a múltiples carcinógenos, y que a pesar de las incertidumbres, lo que ya se sabe sobre los vínculos entre el medio ambiente y el cáncer respalda claramente la implementación de políticas ambiciosas de "contaminación cero" como herramientas para la prevención del cáncer.

En nuestro país se ha creado la Comisión Interministerial de Biomonitorización Humana (CIBMH) mediante la Orden PCM/1049/2022, de 1 de noviembre, adscrita orgánicamente al Ministerio de Sanidad. Entre sus competencias están la coordinación, planificación y organización de las tareas que lleve a cabo la Administración General del Estado relacionadas con estudios o planes de biomonitorización humana en materia de

sustancias químicas y sus metabolitos distintos de los medicamentos o de origen radiactivo.

Durante 2024 la CIBMH está trabajando en el diseño y priorización de sustancias y biomarcadores del primer estudio epidemiológico de BMH con representatividad nacional, estando previsto que posteriormente se pueda incrementar la muestra para obtener representación autonómica.

Al efecto de ordenar las actuaciones que deben realizarse para reducir el impacto sobre la salud de los principales factores ambientales y sus determinantes, se aprobó el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente 2022-2026 (PESMA) el día 24 de noviembre de 2021, en una sesión extraordinaria del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y la Conferencia Sectorial de Medio Ambiente.

Su objetivo principal es promover entornos ambientales que mejoren la salud de la población y reduzcan los riesgos asociados a la exposición a factores ambientales, así como afrontar los desafíos del cambio climático. Su ejecución se enmarca en la Estrategia de Salud Pública prevista en la Ley de Salud Pública (33/2011), en el artículo 43 de la Constitución y en los compromisos internacionales en materia de salud ambiental.

El primer Programa de Actuación del PESMA (2022-2023) fue aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 22 de septiembre de 2022. Incluyó 43 actuaciones relacionadas con la contaminación atmosférica, la exposición a radón, con el avance en la evaluación de sustancias y mezclas químicas, la actualización del Plan Nacional de Aplicación del Convenio de Estocolmo, la implantación de estrategias de biomonitorización humana, control y vigilancia del amianto, radiofrecuencias y salud, realización de estudios de exposición a los campos electromagnéticos (CEM) de frecuencias extremadamente bajas (FEB), el análisis de las tasas de mortalidad e incidencia de tumores del SNC y leucemias, entre otras.

El segundo Programa de Actuación del PESMA (2024-2025) fue aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 16 de mayo de 2024. Incluye 42 actuaciones, algunas de ellas relacionadas con el cáncer.

Previamente a la elaboración del PESMA por parte de la Administración central, en Asturias se aprobó el denominado *Plan de Asturias de Salud y Medio Ambiente (PASYMA)* en 2019, con una duración de 5 años, con el objetivo de dar una respuesta global (administración pública, empresas, ciudadanía y comunidad científica) a los retos que los múltiples condicionantes ambientales pueden suponer para la salud de nuestra población. El plan cuenta con trece áreas temáticas: calidad del aire, calidad del agua, ruido, residuos, riesgos biológicos, riesgos químicos, radiaciones electromagnéticas, ordenación del territorio, riesgos ambientales en etapas vulnerables, rol del sector sanitario, evaluación sanitaria de riesgos ambientales e integración y difusión del conocimiento sobre salud y medio ambiente.

Entre las acciones recogidas en el PASYMA cabe mencionar el establecimiento de un sistema específico de vigilancia epidemiológica de enfermedades relacionadas con la contaminación del aire para detectar precozmente efectos sobre la salud, así como generar conocimiento sobre los impactos sanitarios. Para llevar a cabo esta actuación, la Consejería competente en materia de salud suscribió un convenio de colaboración con la Universidad de Oviedo por cuatro años, 2023-2026.

En 2022 se llevó a cabo una revisión del PASYMA. En las recomendaciones se contempla su actualización por otros cinco años y la coordinación del plan autonómico con el nacional (PESMA) al efecto de maximizar la eficiencia, evitando duplicidad de actuaciones y consumo innecesario de recursos.

Para finalizar el apartado de salud ambiental, es preciso recordar que en el año 2011, tuvo lugar en Asturias la Conferencia Internacional de la OMS sobre los determinantes laborales y ambientales del cáncer, celebrada los días 17 y 18 de marzo en Avilés y Gijón y dio como resultado la denominada **Declaración de Asturias**: “*El Compromiso de Asturias: un nuevo llamamiento a la acción sobre prevención del cáncer de origen ambiental y laboral.*”

El Compromiso de Asturias exhortaba:

- A los gobiernos, a introducir medidas de prevención ambiental y laboral como parte de los programas nacionales de control del cáncer, y a asegurar la aplicación rigurosa de las normas nacionales e internacionales relativas a los agentes cancerígenos ambientales y laborales.
- A la OMS, a encabezar un esfuerzo mundial para poner de relieve la importancia de la prevención primaria del cáncer, evaluar el efecto de las intervenciones ambientales y laborales en la prevención primaria del cáncer, preparar directrices para la ejecución de intervenciones basadas en datos científicos y establecer una red de instituciones nacionales e internacionales para el desarrollo de políticas y la aplicación de medidas de prevención primaria.
- A las redes de la sociedad civil, a fomentar la sensibilización acerca de las prácticas y procesos que aumentan los riesgos de cáncer; concienciar y educar acerca de tales riesgos, y abogar a favor de la obtención de fondos para aplicar medidas de prevención primaria de cáncer de origen ambiental y laboral.
- A la industria y el sector privado, a respaldar y ejecutar medidas dirigidas a prevenir el cáncer de origen ambiental y laboral; apoyar la investigación de estos tipos de cáncer; contribuir al desarrollo de políticas relacionadas con la reducción de los riesgos de exposición laboral de los trabajadores a agentes cancerígenos; eliminar o reducir la exposición a agentes cancerígenos conocidos o probables, e informar mejor a los trabajadores sobre los riesgos que afrontan en el lugar de trabajo y protegerlos de los agentes cancerígenos.

La identificación de deficiencias y obstáculos ayudó a definir una guía para abordar mejor los determinantes ambientales y laborales del cáncer, elaborar una serie de propuestas para la prevención primaria del cáncer e introducir los aspectos ambientales y laborales en el programa mundial del cáncer.

4.1.9 Salud laboral

El cáncer de origen laboral es uno de los mayores problemas a los que se enfrentan los lugares de trabajo en toda Europa y en el mundo en general. En 2015, se estima que el 53% de las muertes relacionadas con el trabajo en la UE han sido a causa del cáncer laboral. Cada año se producen unos 120.000 casos de cáncer relacionados con el trabajo, lo que provoca aproximadamente unas 80.000 muertes al año.

Una de las medidas que ha adoptado Comisión Europea para mejorar esta situación ha sido la revisión de la Directiva (UE) 2022/431 del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2022 por la que se modifica la Directiva 2004/37/CE, relativa a la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes carcinógenos o mutágenos durante el trabajo.

La *Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA)* tiene previsto realizar una encuesta sobre la exposición de los trabajadores a factores de riesgo de cáncer en Europa con el fin de identificar mejor estos factores, responsables de la mayor parte de las exposiciones, definir mejor los destinatarios de las campañas de sensibilización y de las medidas preventivas y elaborar políticas basadas en datos contrastados. Se basa en una encuesta realizada en Australia donde han utilizado una herramienta que evalúa la exposición a riesgos laborales denominada *Sistema Integrado de Datos para la Evaluación de la Exposición Ocupacional, (OcclDEAS)*. Los primeros resultados fueron publicados en noviembre de 2023, en “Factores de riesgo de cáncer en el ámbito laboral en Europa: primeras conclusiones de la Encuesta sobre la exposición de las personas trabajadoras” y se realizará una primera evaluación en 2024.

El Consejo de Ministros, reunido el 14 de marzo de 2023, aprobó la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (EESST) 2023-2027, la cual ordena en seis Objetivos Estratégicos las prioridades que deben abordarse para alcanzar entornos de trabajo seguros y saludables, que contribuyan positivamente a la salud de las personas trabajadoras, y al progreso de las empresas y la sociedad.

En su Objetivo 1 “Mejorar la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales”, incluye en una de sus líneas de actuación la “Prevención de las enfermedades relacionadas con el trabajo”, con especial énfasis en el cáncer de origen profesional.

En el año 2020, el Ministerio de Sanidad publica el informe “*Carga de cáncer atribuible al trabajo y su coste sanitario en España en 2015*”. Entre el 7% y el 10% del total de ingresos por los cánceres objeto de estudio pueden ser atribuidos a exposiciones laborales en los hombres, mientras que en las mujeres este porcentaje es menor situándose entre un 2,5% y un 4,1%.

Las conclusiones del informe inciden en tres puntos fundamentales para dar la relevancia que se merece al cáncer laboral:

1. Poner de manifiesto el elevado grado de infrarreconocimiento e infradeclaración que existe en el Sistema de la Seguridad Social del cáncer de origen laboral, lo que dificulta incluirlos en los planes y programas de prevención de riesgos laborales, ya que si los datos no se incluyen en las estadísticas no existen.
2. Los costes sanitarios en el cáncer laboral deben servir para visualizar la magnitud del problema y la asignación de los recursos necesarios para afrontar los efectos de la enfermedad crónica en estos pacientes, el sistema y la sociedad, y lo fundamental, ser conscientes de que se trata de costes económicos provocados por enfermedades prevenibles.
3. La necesidad de mejorar el sistema de vigilancia de las enfermedades laborales y de manera especial el cáncer laboral, para evitar el infrarreconocimiento e infradeclaración del mismo lo que conlleva una infraestimación importante de la carga de enfermedad.

En el marco de la presidencia de España del Consejo de la UE, tuvo lugar la “**Jornada Técnica en el marco del Roadmap On carcinogens**” en el que participaron Administraciones, Organizaciones, Empresas y Sindicatos de varios puntos de la UE, en noviembre de 2023, en Madrid. Supuso un punto de encuentro para el *networking*, visibilización de Buenas Prácticas, presentación de proyectos, y por supuesto, el trazado del camino que todavía queda por recorrer en esta materia. Oficialmente, esta “Hoja de ruta” europea finaliza en 2024.

El infradiagnóstico y la subdeclaración de las enfermedades profesionales ha sido un problema constante en nuestro entorno, de hecho, la declaración de los cánceres de origen laboral podría ser calificada en nuestro país de anecdótica. Centrándonos en nuestra CA, en el año 2022 se han comunicado un total de 5 enfermedades profesionales causadas por agentes cancerígenos, de las cuales 4 corresponden a hombres y 1 a mujeres.

Como reflejo de esta preocupación, desde el INSST, se coordina Agenda Nacional de Prevención del Cáncer de origen Profesional marcado en la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027. Su andadura comienza con las primeras reuniones presenciales de los Grupos de Trabajo designados por el propio INSST atendiendo a las 5 dimensiones que se decidieron como guía de esta Agenda:

- Normativa, asesoramiento, vigilancia y control;
- Mejora de la acción preventiva;
- Diagnóstico precoz e intervención temprana;
- Investigación y epidemiología;
- Información y sensibilización.

Asturias está representada en varias de estas dimensiones, tanto por el IAPRL como por la Consejería de Salud.

En España, como en otros muchos países, existen varios cánceres profesionales clasificados como enfermedades profesionales. Teniendo en cuenta nuestra normativa específica y en concreto el cuadro de enfermedades profesionales, no todos los cánceres con evidencia científica de relación con la exposición laboral se encuentran incluidos dentro del listado y pueden ser considerados como enfermedad profesional. Estas diferencias pueden generar contradicciones entre lo que se conoce sobre la causalidad de los cánceres por exposiciones en el trabajo y la imputabilidad a este a efectos médico-legales.

Si estos casos no constan en las estadísticas oficiales de los daños derivados del trabajo, es difícil incluirlos en los planes y programas de prevención de riesgos laborales; por tanto, el conocimiento del impacto de la enfermedad es el primer paso para el planteamiento e implementación de planes y programas que contribuyan al descenso de la incidencia de estas enfermedades.

Algunas profesiones con riesgos poco conocidos o de más reciente investigación, como las sanitarias, se han visto directamente interpeladas por la publicación de nueva evidencia. Ejemplo de ello es el informe “Medidas para la gestión del riesgo frente a la exposición laboral a medicamentos peligrosos en centros hospitalarios: encuesta de situación” que era publicado en diciembre de 2023 por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST).

En nuestro país, la consideración de un “cáncer como enfermedad profesional” se basa en la definición expresada en el art. 157 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, como concepto de enfermedad profesional: “Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

El RD 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, recoge en el Grupo 6 (Anexo I) las enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos en función de los agentes/subagentes que provocan la enfermedad, y una relación de las principales actividades capaces de producirla.

A raíz de las posteriores modificaciones, el Real Decreto 1150/2015 suprime de la lista complementaria (Anexo 2) el cáncer de laringe producido por la inhalación de polvo de amianto, y pasa a incluirse en el Anexo 1 y el Real Decreto 257/2018, que procede a modificar el Anexo 1, incluyendo como enfermedad profesional el cáncer de pulmón en trabajos expuestos a la inhalación de polvo de sílice libre. Desde el Instituto Nacional de Silicosis (INS), se elabora la “Guía Técnica para la prevención del riesgo por exposición a la Sílice Cristalina Respirable (SCR) en el ámbito laboral” en el año 2022.

Un año más tarde, y con motivo de la celebración en el HUCA del Memorial Doctor García-Cosío, en su XXVIII edición, se presenta la “Guía Técnica para la prevención del riesgo por exposición a sílice cristalina respirable. Apéndice para la industria extractiva” en diciembre de 2023.

En Asturias, para evitar lo anteriormente mencionado, en el año 2011 se crea e inicia formalmente, por parte de las autoridades sanitaria y laboral, un grupo de trabajo denominado Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional del Principado de Asturias (EVASCAP), Resolución del 14 de junio de 2011 por la que se crea y regula su funcionamiento, constituido por un equipo multidisciplinar de profesionales que deben representar a los organismos y unidades de la administración pública competentes en materia de salud y de prevención de riesgos laborales, del que forma parte, entre otros, el Servicio de Salud Laboral del IAPRL.

La finalidad del EVASCAP es recibir y valorar las declaraciones de sospecha de cáncer profesional por parte de los facultativos médicos del SESPA y de los servicios de prevención de riesgos laborales, para su posterior comunicación al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) a efectos de valoración de la contingencia profesional. A fecha de abril de 2024, se está colaborando estrechamente entre la DGSPYASM, el Servicio de Inspección del SESPA y el IAPRL para la optimización del protocolo de trabajo del Equipo.

En este contexto, en el Plan de Salud, Seguridad y Medio Ambiente Laboral del Principado de Asturias 2022-2027 (Plan SASEMAL), elaborado por el IAPRL, que define las estrategias y programas para una mayor protección de la seguridad y salud de las personas trabajadoras, se contempla entre las acciones a desarrollar el “Estudio de las sospechas de cáncer que podrían ser calificado como profesional en el sistema de la Seguridad Social (EVASCAP)” que se ha venido desarrollando por parte del Área de Medicina del Trabajo, perteneciente al Servicio de Salud Laboral, enmarcado en uno de sus objetivos prioritarios “Reducción de las enfermedades profesionales”.

Así, en aquellos casos en los que no existe una evidencia clara de relación entre la enfermedad y la actividad laboral del paciente o es necesario aumentar el conocimiento sobre los antecedentes laborales y posibles exposiciones, el EVASCAP solicita formalmente y por escrito al Área de Medicina del Trabajo del Servicio de Salud Laboral la investigación del caso que es llevada a cabo por un médico especialista en Medicina del Trabajo y, en caso necesario, por un técnico especialista en Higiene Industrial.

Según los últimos datos disponibles en la (Publicación del Estudio de casos de sospecha de cáncer profesional por el Área de Medicina del Trabajo del IAPRL), de un total de 117 casos derivados al IAPRL, entre los años 2011 al 2019 (99 de ellos a través del EVASCAP y 18 directamente del INSS), el INSS ha resuelto el cambio de contingencia considerando: el reconocimiento de enfermedad profesional en el 21,36% de los casos, en un 0,85% como enfermedades relacionadas con el trabajo y por tanto, accidente de trabajo y ha desestimado el cambio en el 39,31% de los casos. En un 29,91% no se ha tramitado al INSS por no encontrar constatación entre exposición al agente/s de sospecha y la patología a estudio y en un 8,55% carecemos de información sobre las Resoluciones emitidas.

En el mencionado estudio, y atendiendo a la distinción de las neoplasias en tumores sólidos y de la estirpe linfo-hematopoyética, el mayor porcentaje de los primeros corresponde a neoplasias de bronquio y pulmón y neoplasias de vejiga. Respecto a los tumores de la estirpe linfo-hematopoyética, el grupo mayoritario corresponde a leucemia linfocítica crónica y linfoma no Hodgkin.

Los agentes causales implicados con mayor frecuencia en nuestro estudio de casos fueron el amianto y los metales, aunque a lo largo de la vida laboral del trabajador/a es frecuente la exposición a diversos factores y agentes.

En relación con los sectores de actividad que con más frecuencia se han asociado a la aparición de cánceres de posible origen profesional, los trabajos de “metalurgia/siderurgia” son los más directamente relacionados, siendo la ocupación más afectada la que atañe a “soldadores”.

La Consejería de Salud, como Autoridad Sanitaria, tiene asignada la competencia relacionada con la vigilancia sanitaria específica de los trabajadores con riesgo de exposición al amianto. Por Acuerdo de 15 de mayo de 2013, del Consejo de Gobierno, se autoriza una encomienda de gestión al Instituto de Prevención de Riesgos Laborales para verificar las condiciones y cumplimiento de los requisitos exigidos a los servicios sanitarios de los servicios de prevención de riesgos laborales, así como del cumplimiento de la normativa sobre disposiciones de salud aplicables a los trabajos con riesgo de exposición al amianto.

Todas las formas de amianto son carcinógenos bien conocidos, asociados al mesotelioma y al cáncer de pulmón, así como al cáncer de laringe y ovario. Aunque la UE prohibió el amianto en 2005, sigue presente en edificios e infraestructuras, causando la exposición al mismo de los trabajadores que realizan tareas de renovación y demolición. Además, los cánceres se manifiestan también muchos años después de la exposición, y se calcula que el amianto representa entre el 55 y el 88 % de todos los casos de cáncer de pulmón de origen profesional.

Respecto a la vigilancia sanitaria específica de los trabajadores con riesgo de exposición al amianto, la ejecución de la encomienda se concretará en las siguientes actividades:

- Recepción y conservación de las fichas para el registro de datos sobre la vigilancia sanitaria específica de los trabajadores (RETEA).
- Seguimiento de la actividad de vigilancia de la salud en relación con el Programa Integral de vigilancia de la salud de los trabajadores que han estado expuestos a amianto (PIVISTEA).

Para poder mejorar la vigilancia de los determinantes laborales del cáncer en Asturias, el Decreto 61/2016, de 3 de noviembre, regulaba el Registro del Principado de Asturias de trabajadores expuestos a agentes cancerígenos o mutágenos (RTECAM). Este registro constituía la principal herramienta de la Administración Sanitaria para impulsar la prevención primaria del cáncer laboral y, asimismo, hacía posible la identificación de las personas expuestas que son diagnosticadas de cáncer contribuyendo, por un lado, al procedimiento de su reconocimiento como enfermedad profesional por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social y, por otro, a la planificación efectiva de la vigilancia post-ocupacional por el servicio público de salud cuando corresponda.

El RTECAM estaba adscrito a la Dirección General competente en materia de salud pública y era de aplicación a los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRL) de las empresas (propios, mancomunados o ajenos), y afectaba a los trabajadores cuyos centros de trabajo estaban radicados en el ámbito territorial del Principado de Asturias.

Los SPRL de las empresas debían comunicar al organismo público competente, con una periodicidad semestral, la información de los trabajadores en activo que, según la evaluación de riesgos, han estado expuestos en el pasado o presenten exposición en la actualidad a uno o más agentes cancerígenos o mutágenos.

En tres años de funcionamiento, el RTECAM consiguió registrar más de 6.500 personas expuestas a cancerígenos o mutágenos en su entorno laboral, y movilizar a empresas y servicios de prevención para mejorar las evaluaciones de riesgo e incrementar la protección en el puesto de trabajo, revelándose como una herramienta fundamental para impulsar la prevención del cáncer laboral y mejorar la calidad de las actividades preventivas de los servicios de prevención.

El *Decreto 61/2016*, que regulaba el RTECAM fue declarado nulo por Sentencia del Tribunal Supremo Nº 996/2020. Con esta anulación se ha visto truncada parte de la vigilancia en salud laboral que incluye el cáncer y sus determinantes laborales, por lo que se hace necesario valorar la creación de una línea de trabajo que permita retomar la vigilancia de dichos determinantes para poder anticiparse al infra-reconocimiento y la infraestimación de la carga de enfermedad, con el gasto correspondiente que supone, del paciente con cáncer de origen laboral.

4.1.10 Lactancia Materna

El *Código Europeo contra el Cáncer* incluye la lactancia materna (LM) como una de las formas de reducir el riesgo de cáncer, en concreto el de mama en aproximadamente un 4% por cada 12 meses de lactancia materna y la protección aumenta cuanto mayor es el tiempo de lactancia.

En España, los datos disponibles sobre la lactancia en la *Encuesta Nacional de Salud de 2017 (ENSE 2017)*, reflejan que la alimentación exclusiva con lactancia materna es del 73,87% a las 6 semanas, 63,87% a los 3 meses y de un 39% a los 6 meses.

En Asturias, la promoción de la lactancia materna se realiza desde el embarazo, y especialmente tras el nacimiento siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN). Las mujeres reciben información acerca de la LM en las sesiones de educación para la salud durante el embarazo y a través de las visitas de seguimiento con las matronas durante el puerperio. También disponen de información en, la Guía de Embarazo, Parto y Lactancia de la Consejería de Salud, y la Guía para las madres que amamantan, editada por el Gobierno Vasco en colaboración con el Ministerio de Sanidad en el año 2017, basada en la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna del Ministerio de Sanidad.

Además, nuestra CA cuenta con dos centros hospitalarios, Hospital de Jarrio y el Hospital Carmen y Severo Ochoa de Cangas de Narcea, acreditados por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), lanzada por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

En el año 2015 comienzan a implantarse en el área VIII las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) de Lactancia Materna dentro del Programa de Centros Comprometidos con la Evidencia en Cuidados (CCEC/BPSO). En los años sucesivos otras Áreas Sanitarias se han ido sumando a este Programa, encontrándose en diferentes fases de implantación actualmente las Áreas IV, V, VI, VII y VIII. Cada Área Sanitaria escoge las Recomendaciones Basadas en la Evidencia (RBE) que considere que se adecuan más a su contexto.

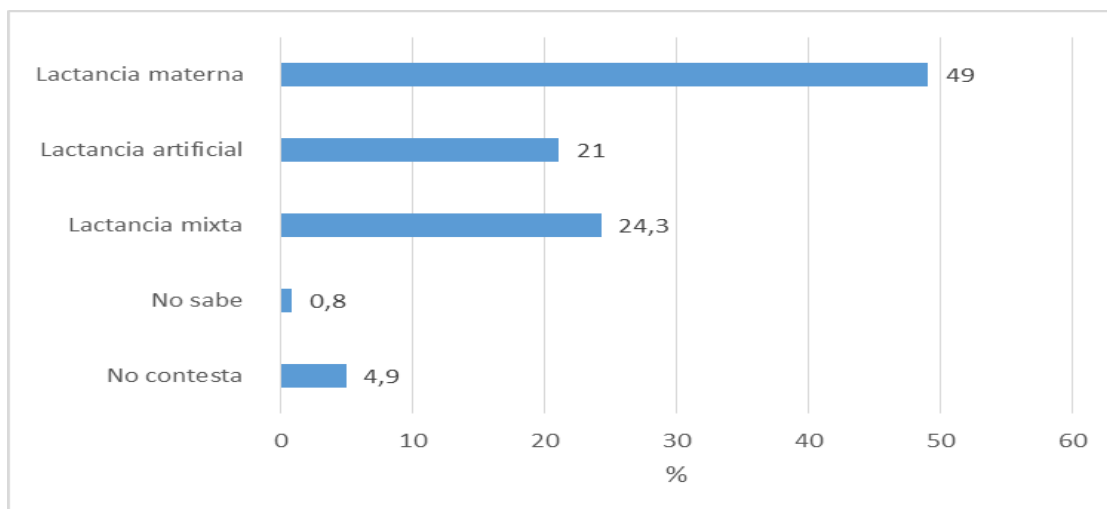
Esta iniciativa se coordina desde el Centro Coordinador Regional del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® reconocido por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO®), dependiente de la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Salud.

Además de la promoción de la LM desde los centros sanitarios, Asturias cuenta con varias asociaciones de mujeres y profesionales que apoyan y promocionan la LM, reconocidos como parte del eslabón de la cadena efectiva de lactancia materna y por la ENSSR. Estos grupos son:

- La Asociación de Mujeres de Apoyo a la Lactancia Materna Amamantar, quien organiza grupos de apoyo entre madres 3 veces al mes en las ciudades de Avilés, Gijón y Oviedo, donde las madres reciben ayuda mutua e información acerca de los recursos disponibles para superar las dificultades asociadas a la LM. Asimismo, cuentan con un servicio de consultas individualizadas presenciales y telefónicas y préstamos de materiales para facilitar la extracción de leche y la lactancia.
- Por su parte la Asociación de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP), organiza también grupos de apoyo a mujeres que amamantan, con cuatro reuniones al mes, dos en Oviedo y dos en Gijón.
- En el occidente asturiano, se encuentra Lactamor como asociación de apoyo a la LM, organizando encuentros de madres y padres el último jueves de cada mes en Navia, atención personal y asesoramiento en LM, asesoramiento legal, préstamo de material, etc...

En Asturias, según los datos de la *ESA 2023*, a la pregunta de tipo de lactancia los primeros seis meses de vida de su último hijo, un 49% de las madres le han dado lactancia materna en exclusiva (Gráfico 46). La duración promedio ha sido de 9,72 meses, siendo las mujeres entre 15-29 años de edad las que más prolongaron la lactancia (14,16 meses).

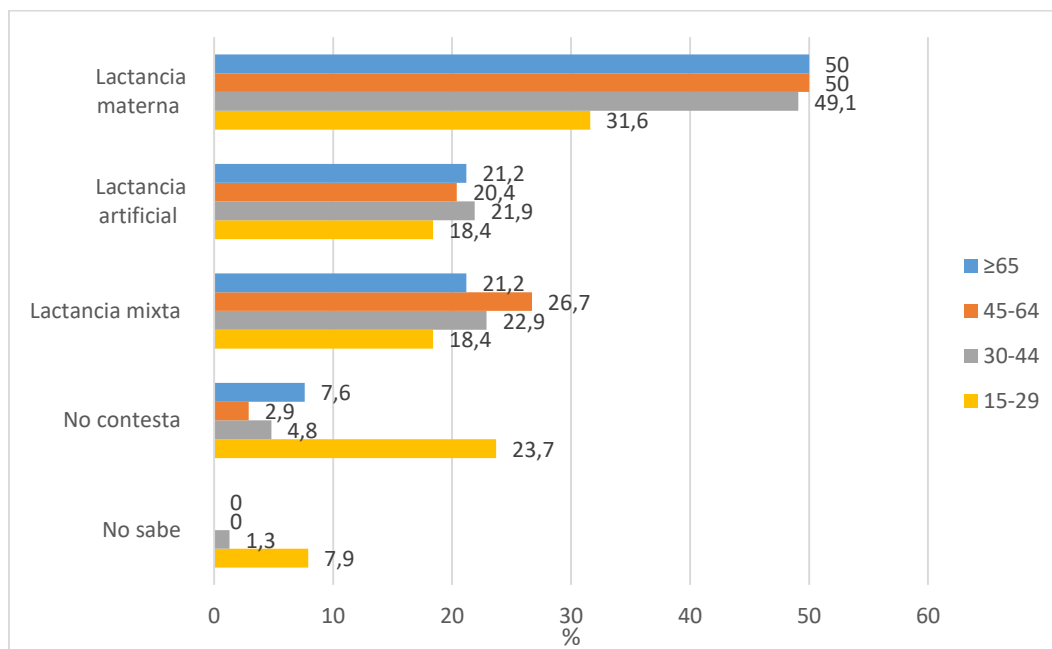
Gráfico 46: Tipo de lactancia durante el primer año de vida, Asturias 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Salud de Asturias, 2023

Las madres que tuvieron una mayor frecuencia de práctica de lactancia materna exclusiva, son las mujeres que tenían más de 45 años en 2023 (50% de ellas); mientras que en las más jóvenes la realizaron el 31,6%. La lactancia artificial fue más frecuente (21,9%) en las mujeres de edades intermedias de 30-44 años (Gráfico 47).

Gráfico 47: Tipo de lactancia durante el primer año de vida por grupo de edad de las madres, Asturias 2023



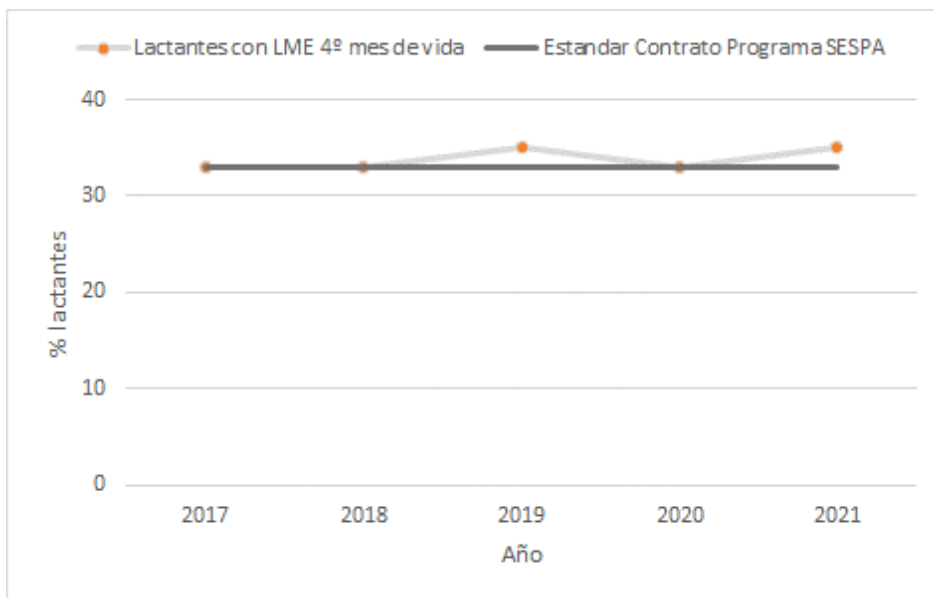
Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Salud de Asturias, 2023

Uno de los indicadores recogidos por la Estrategia de atención al embarazo, parto, etapa neonatal y lactancia materna en Asturias (EAPN) y el Marco Estratégico 2020-2023 para Contrato Programa entre el SESPA y la Consejería de Salud, es la lactancia materna exclusiva (LME) al cuarto mes de vida, que en 2021 fue del 35% (estándar del contrato programa del SESPA del 33%), observándose un estancamiento en este indicador desde el año 2017.

No se dispone de este dato actualizado a partir de 2021 debido a la migración de OMI-AP a ECAP, que por el momento no permiten la extracción de los datos de SIAP (Gráfico 48).

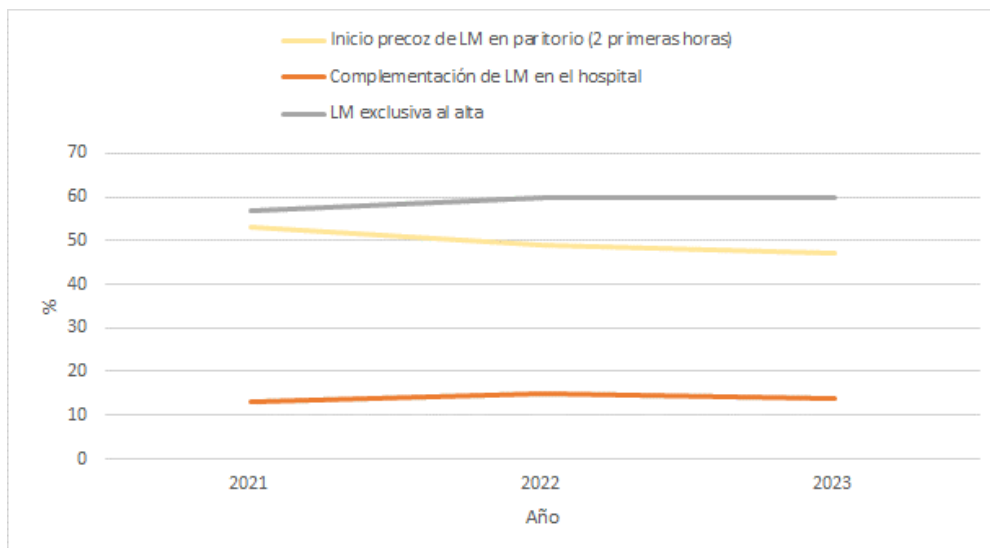
Los datos actualizados de LM a nivel hospitalario se muestran en el siguiente gráfico donde se puede observar un ligero descenso en el inicio precoz de la LM en paritorio en las dos primeras horas (Gráfico 49).

Gráfico 48: Porcentaje lactantes (RN a término y sin complicaciones) con LME al 4º mes de vida. Hospitales SESPA 2012-2021



Fuente: Elaboración propia con datos EAPN Asturias

Gráfico 49: Evolución anual de la LM en la atención postnatal inmediata, Asturias 2021-2023.



Fuente: Elaboración propia con datos EAPN

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

El 9 de diciembre de 2022, el Consejo de la Unión Europea ha adoptado un nuevo enfoque sobre el cribado del cáncer, en sustitución de la Recomendación 2003/878/CE, con el objetivo de garantizar que, de aquí a 2025, el 90 % de la población de la Unión que cumpla los requisitos para someterse a un cribado del cáncer de mama, de cuello del útero o colon-recto tenga acceso a dicho cribado. El nuevo enfoque de la UE recomienda:

- Cribado del cáncer de mama con mamografía para mujeres de entre 50 y 69 años, y lo sugiere para las mujeres de 45 a 74 años.
- Prueba inmunoquímica fecal cuantitativa como prueba de predilección para el cribado del cáncer colon-recto antes de derivar a una colonoscopia de seguimiento a las personas de entre 50 y 74 años.
- Pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH) como herramienta de predilección para el cribado del cáncer de cuello del útero en mujeres de entre 30 y 65 años, con un intervalo de cinco años o más.

Un aspecto importante en los programas de detección precoz son las desigualdades en el acceso a los mismos que generan inequidades en salud. La Comisión Europea recomienda asegurar la equidad en el cribado del cáncer. El estudio ***Desigualdades de acceso a los programas de Cribado del Cáncer en España y cómo reducirlas: datos de 2013 y 2020***, de la Red Española de Cribados, identifica desigualdades en el acceso a los programas de cribado en España. Según el mismo, Asturias no identifica los grupos sociales sin cobertura para el cáncer de cérvix, pero sí para mama y colorrectal.

4.2.1 Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama

En España, las actividades de este cribado se iniciaron en el año 1990 y en estos momentos su cobertura es total. Es un programa organizado de carácter poblacional que se oferta con los siguientes criterios:

- Población objetivo: mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años.
- Prueba de cribado: mamografía.
- Intervalo entre exploraciones: 2 años.

Además del programa de cribado, en el caso de las mujeres que cumplen criterios de alto riesgo personal o riesgo de cáncer familiar o hereditario se realiza la valoración del riesgo individual y su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

En Asturias, el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) se inicia en el año 1991 comenzando por el Área Sanitaria IV, y se va extendiendo paulatinamente a toda la región. Desde el año 2001 se realiza en toda la CA. Desde sus inicios y hasta 2004 se dirigía a las mujeres residentes en Asturias entre 50 y 64 años. Desde 2005, se amplió el grupo de edad hasta los 69 años. . En 2024 se ha comenzado con el incremento

paulatino del grupo de edad al que se dirige el Programa, hasta que en 2028 se dirija a las mujeres de 50 a 74 años.

El programa se organiza siguiendo el mapa sanitario de nuestra CA, contando con 8 Unidades de Detección Precoz, una en cada Área Sanitaria, que son las encargadas de realizar la mamografía (prueba de cribado) a las mujeres de la población objetivo que deciden participar.

Cuando en la mamografía el/la radiólogo/a detecta una lesión sospechosa, se continúa el estudio en la Unidad de Evaluación correspondiente. Las Unidades de Evaluación tienen carácter funcional y se ubican en distintos servicios de los centros hospitalarios de área o distrito correspondientes.

Inicialmente, la prueba de cribado consistía en una mamografía analógica. Posteriormente se fueron incorporando los CR (sistema de digitalización de mamografías analógicas) y los mamógrafos digitales, disponibles en la actualidad en todas las Unidades de Detección Precoz. Todas las Áreas Sanitarias en la actualidad disponen de Tomosíntesis, tecnología que se encuentra en proceso de ser incorporada al Programa.

Como se observa a continuación, en general, el Programa da una buena cobertura a su Población Objetivo, obtiene una participación elevada y se ha producido una clara mejoría en las tasas de detección en los últimos 10 años. (Tabla 1).

Tabla 1: Evolución anual del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Asturias, 2013-2022.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
♀ 50-69 años	156.613	158.070	159.445	160.120	160.617	161.429	161.597	162.209	162.909	163.896
♀ a citar cada año	78.307	79.035	79.723	80.060	80.309	80.715	80.799	81.105	81.455	81.948
♀ citadas cribado	68.487	71.942	71.025	69.732	73.929	74.863	68.225	50.013	68.387	71.516
♀ asisten a prueba cribado	52.019	50.663	54.192	49.549	56.246	53.505	50.727	34.413	50.356	52.188
Casos diagnosticados	167	186	206	239	254	276	241	212	332	292

Fuente: Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama

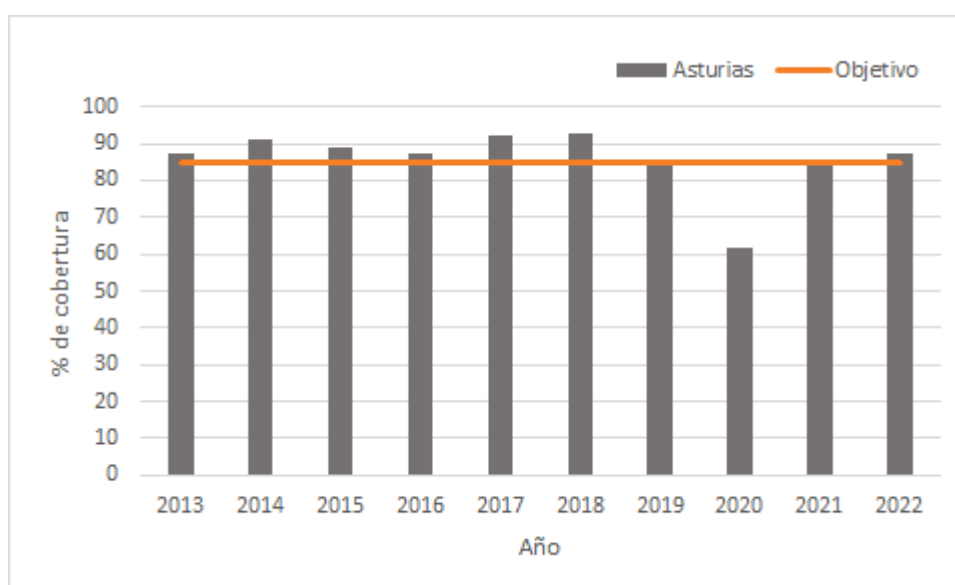
Pueden diferir de los resultados del Programa de los informes de evaluación porque, por cuestiones organizativas del Programa y de seguimientos a algunas mujeres participantes, estos incluyen a algunas mujeres de 70-72 años.

Los datos de los que disponemos relacionados con el Objetivo 8 de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud de 2021 se muestran a continuación:

INDICADOR Nº 8.1: *Cobertura anual del programa de detección precoz de cáncer de mama.* Es el porcentaje de mujeres de 50 a 69 años, respecto del total de la población objetivo a las que se les ha ofertado participar en el programa. Estándar orientativo >85%.

La cobertura anual es superior al 85% todos los años evaluados excepto 2019-2021, siendo 2020 el año en que se aleja sensiblemente del objetivo, debido al cese de la actividad asistencial del Programa durante 3 meses y reinicio de la misma a un ritmo inferior a la habitual, consecuencia de las situaciones epidemiológicas y sanitarias generadas por la pandemia por COVID-19. (Gráfico 50)

Gráfico 50: Evolución de la cobertura anual del programa de detección precoz de cáncer de mama, Asturias 2013-2022.



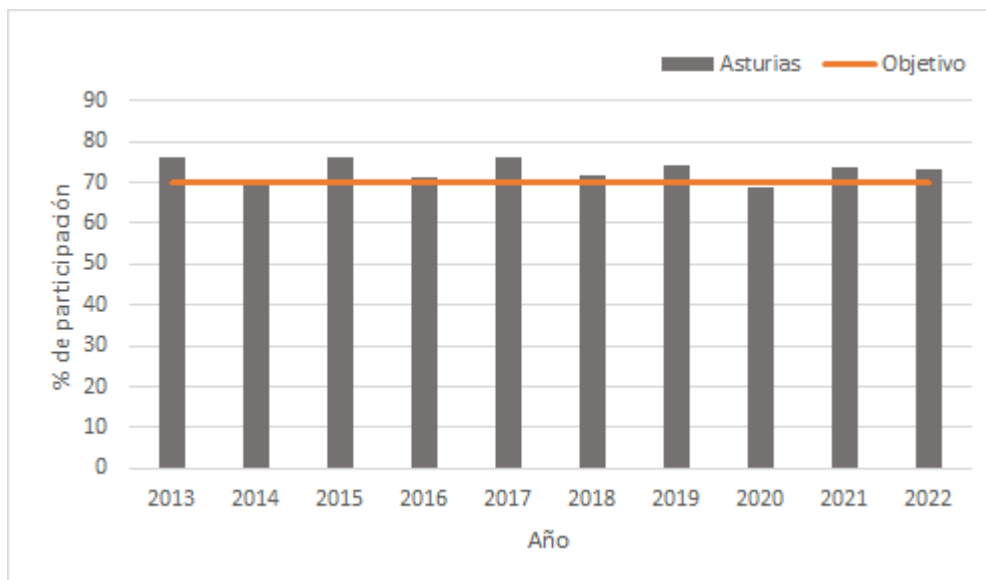
Fuente: Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama

INDICADOR Nº 8.2: *Participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama.* Es el porcentaje de mujeres de 50 a 69 años a las que se les ha ofertado participar en el programa, que acuden a realizar la mamografía.

En el PDPCM de Asturias consideramos que se les ha ofertado participar si se les ha enviado una carta de citación para mamografía de cribado y ésta no ha sido devuelta por el servicio postal. Estándar orientativo >70%.

La participación sólo ha sido inferior al objetivo del 70% por 1 punto porcentual en 2020. Las oscilaciones bienales se deben a cuestiones de organización de citas a lo largo de los dos años aproximados que dura cada ronda o vuelta de la población de referencia. (Gráfico 51)

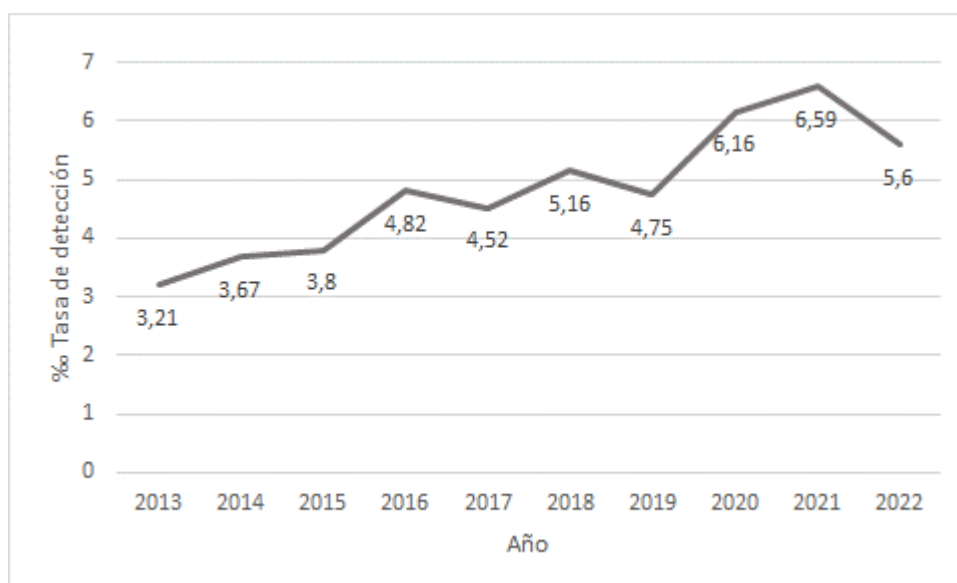
Gráfico 51: Evolución de la participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama, Asturias. 2013-2022.



Fuente: Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama

INDICADOR Nº 8.3: *Tasa de detección de cáncer de mama (%).* Es el número de mujeres que, tras la realización de las pruebas necesarias para el diagnóstico precoz de cáncer de mama, obtienen una confirmación diagnóstica de padecerlo, entre las mujeres de la población objetivo, con mamografía realizada dentro del programa de detección precoz de cáncer de mama. No existe un estándar orientativo. (Gráfico 52).

Gráfico 52: Tasa de detección de cáncer de mama (%), por el programa de detección precoz de cáncer de mama, Asturias 2013-2022.



Fuente: Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama

Los datos muestran una tendencia ascendente en la tasa de detección. Las correspondientes a 2020-2021 están afectadas al alza por el cambio brusco en la actividad asistencial de 2020 y las decisiones tomadas en cuanto a la priorización de la citación al reanudarse la actividad asistencial tras el primer Estado de Emergencia.

Como propuestas prioritarias de trabajo para el 2024-2025, se establecen:

- Mejorar la cobertura de la población diana, mediante la organización de la citación por fecha de nacimiento a las mujeres de nueva incorporación (especialmente las de 50-51 años).
- Participar en el diseño e implantación de un nuevo sistema de información para el PDPCM, que esté integrado en el sistema de información del Servicio de Salud del Principado de Asturias, que facilite la labor asistencial de las Unidades de Detección Precoz y permita la evaluación del Programa de una manera ágil y ajustada a las necesidades de gestión y planificación.
- Promover el análisis y consenso entre los y las profesionales con responsabilidades en relación con el uso de las nuevas tecnologías disponibles y con las indicaciones de estudios complementarios.

4.2.2 Programa de Cribado del Cáncer de Colon-recto

En España, este programa se incorporó a la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en el año 2014 (Orden SSI/2065/2014), siendo las comunidades y ciudades autónomas las encargadas de su implantación en 5 años y otros 5 años para alcanzar una cobertura cercana al 100% en 2024. Las características del programa son:

- Población objetivo: hombres y mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años.
- Prueba de cribado: sangre oculta en heces.
- Intervalo entre exploraciones: 2 años.

Además del programa de cribado poblacional, en el caso de las personas que cumplen criterios de alto riesgo personal, riesgo de cáncer familiar o hereditario se realiza la valoración del riesgo individual y su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

En Asturias, el Programa de Cribado de Cáncer de Colon-recto se inicia como experiencia piloto en 2015, finalizando la implantación en 2019 en el total de Áreas Sanitarias. La irrupción de la Pandemia por COVID-19 ha influido de manera negativa en el desarrollo de este Programa.

Los datos de los que disponemos relacionados con el Objetivo 10 de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud de 2021, se muestran a continuación:

Cobertura del programa de detección precoz del cáncer colon-recto. Es el porcentaje de personas (50-69 años) respecto a la población objetivo a las que se les ha ofertado participar en el Programa. El estándar orientativo es >85%. (Gráfico 53 y 54)

Gráfico 53: Cobertura del programa de detección precoz del cáncer colon-recto, Asturias 2019-2022.

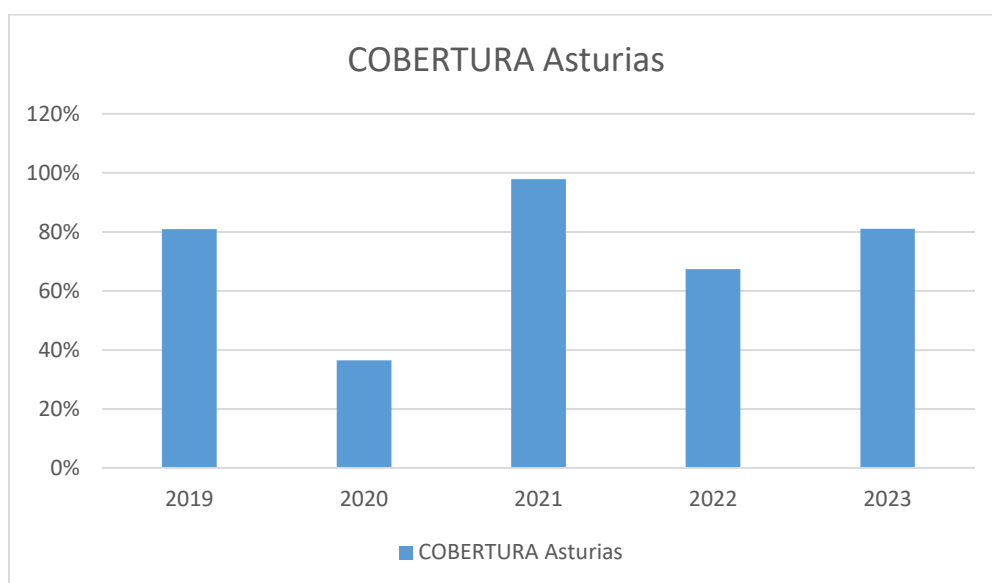
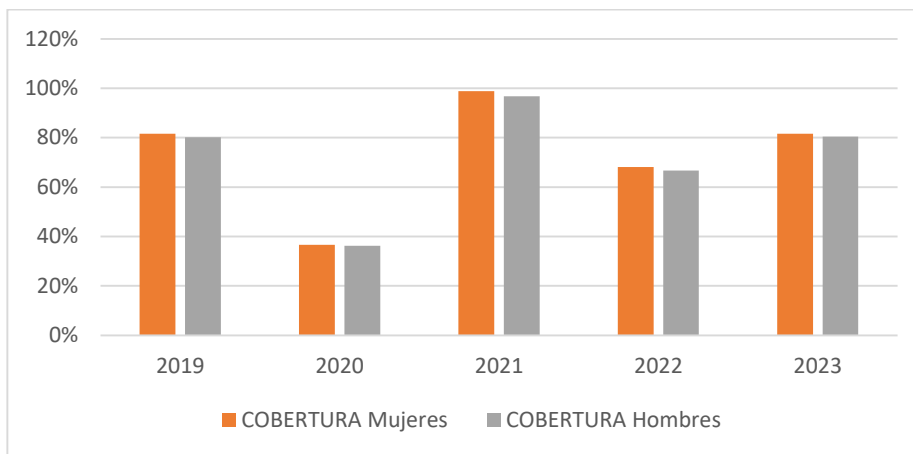
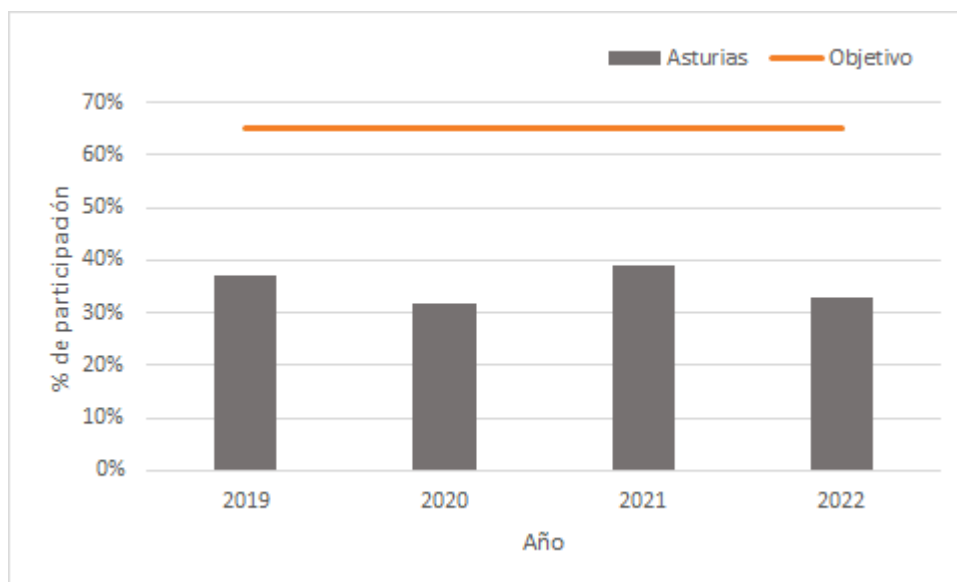


Gráfico 54: Cobertura del programa de detección precoz del cáncer de colon-recto por sexo, Asturias 2019-2022.



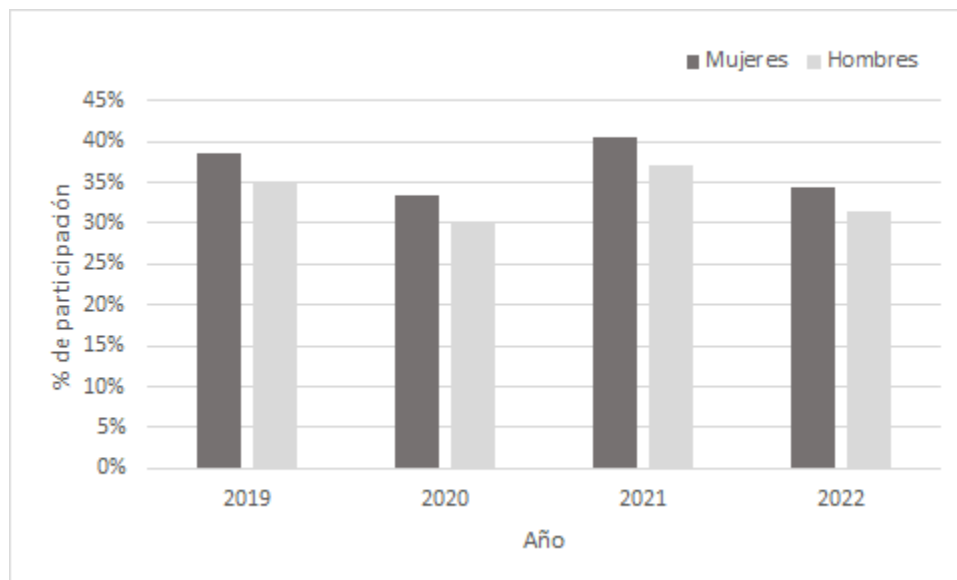
Participación en el programa de detección precoz del cáncer de colon-recto. Es el porcentaje de la población objetivo a la que se efectúa la prueba de cribado respecto a la población a la que se ha ofertado la prueba. El estándar orientativo aceptable es el 45% y el deseable >65%. (Gráficos 55 y 56).

Gráfico 55: Participación en el programa de detección precoz del cáncer colon-recto, Asturias 2019-2022.



Fuente: Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon-Recto.

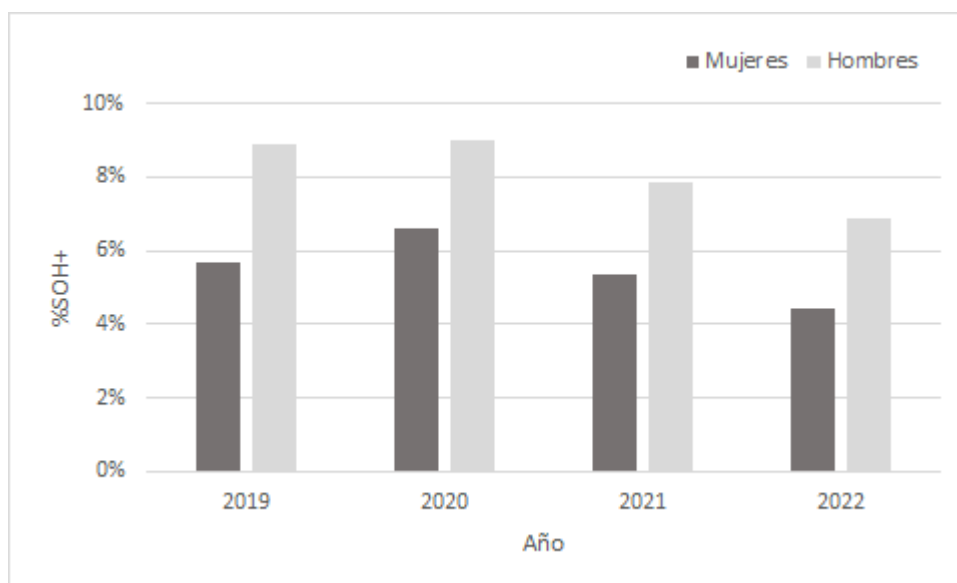
Gráfico 56: Participación en el programa de detección precoz del cáncer de colon-recto por sexo, Asturias 2019-2022



Fuente: Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon-Recto.

Proporción de pruebas de sangre oculta en heces positivo. Se refiere al porcentaje de la población objeto que en la SOH ha dado un resultado positivo, entre la población objeto a la que se le ha realizado la prueba de cribado. (Gráfico 57).

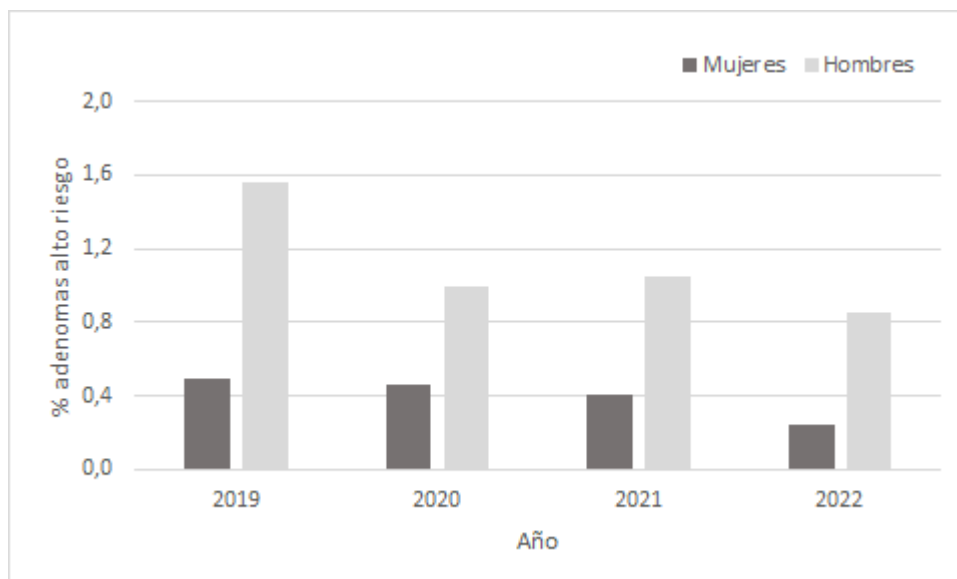
Gráfico 57: Proporción de pruebas de sangre oculta en heces positivo por sexo, Asturias 2019-2022.



Fuente: Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon-Recto

La *Tasa de detección de adenomas de alto riesgo*, es el porcentaje de la población objeto a la que, realizada la prueba de cribado y el resto de pruebas necesarias para una confirmación diagnóstica, se detecta la existencia de un adenoma de alto riesgo entre la población objeto a la que se le ha realizado la prueba de cribado. (Gráfico 58).

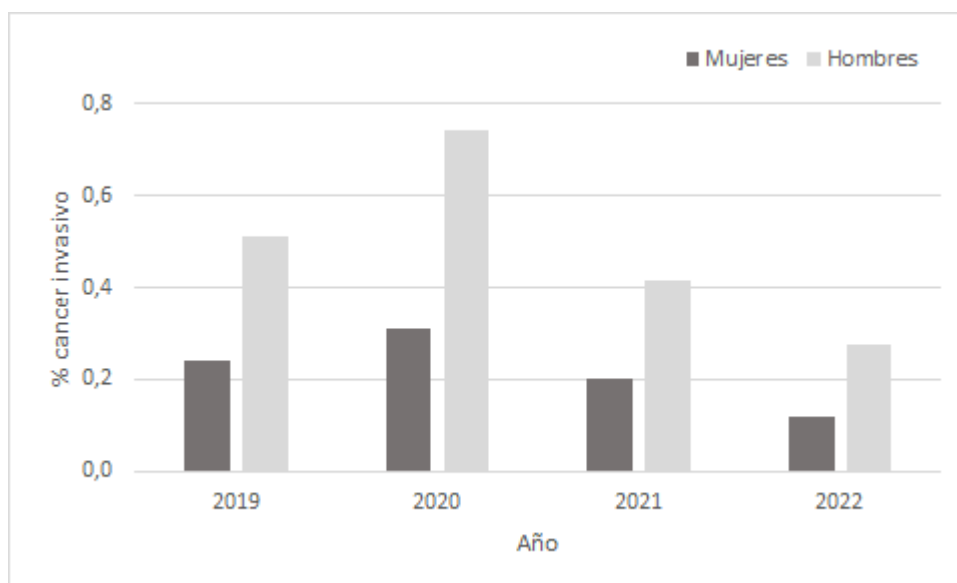
Gráfico 58: Tasa de detección de adenomas de alto riesgo por sexo, Asturias 2019-2022.



Fuente: Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon-Recto

La *Tasa de detección de cáncer invasivo colon-recto* es el porcentaje de la población objeto a la que realizada la prueba de cribado y el resto de pruebas necesarias para una confirmación diagnóstica, se detecta la existencia de un cáncer invasivo de colon/recto, entre la población objeto a la que se le ha realizado la prueba de cribado. (Gráfico 59)

Gráfico 59: Tasa de detección de cáncer invasivo colon-recto por sexo, Asturias 2019-2022.



Fuente: Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon-Recto

Con el objeto de aumentar la participación en el programa se ha realizado una campaña de sensibilización y difusión de mismo en 2024.

Asimismo, se están revisando los sistemas de información, con el fin de corregir errores detectados y mejorar la organizacievevaluación del Programa.

4.2.3 Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello de Útero

El objetivo principal del cribado de cáncer de cérvix o cuello uterino es reducir la incidencia y mortalidad por este tipo de cáncer, mediante la detección precoz de las lesiones precursoras del cáncer invasor.

En nuestra CA, el cribado de cáncer de cérvix o cuello uterino, desde hace décadas ha sido de tipo oportunista, lo cual dificulta la obtención de una cobertura óptima, y supone déficits en la equidad y eficiencia, lo que explica que la mayoría de los cánceres de cérvix en nuestro país ocurran en mujeres sin cribado previo o cribado inadecuado.

Por estos motivos, se considera que el beneficio de los programas de cribado poblacional es superior al alcanzado por los oportunistas, tanto en términos de mortalidad como de incidencia. Asimismo, este tipo de programa al tener una estructura organizada, garantiza la coordinación, la homogenización y la calidad del proceso de cribado, y además obtiene una amplia aceptación no solo entre los y las profesionales sanitarios, sino también entre la población objetivo del cribado.

El 1 de julio de 2019 entró en vigor la orden de actualización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (Orden SCB/480/2019) que establece la implantación progresiva de un programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix.

La Consejería de Salud a través de la Dirección General de Salud Pública en función de la referida Orden SCB/480/2019 decidió reorientar el programa oportunista existente e implementar un programa de cribado poblacional (que se ha visto aplazado por el impacto de la pandemia de COVID-19) para la detección temprana del cáncer de cérvix en las mujeres de la población asturiana entre 25 y 65 años, con el objeto de disminuir la mortalidad por dicha causa, aplicando de acuerdo con la evidencia científica, con carácter general, los siguientes criterios:

- Mujeres con edades comprendidas entre 25 y 34 años: citología cada 3 años si es negativa.
- Mujeres con edades comprendidas entre 35 y 65 años: determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) cada 5 años si es negativo.

Para ello, la misma Consejería, junto con el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), desarrolló las actividades necesarias para el diseño del proceso completo de cribado poblacional, incluyendo los procedimientos clave, los de soporte y los de gestión correspondientes.

En este sentido se ha iniciado el despliegue del programa primero con un pilotaje en el Área Sanitaria V, para posteriormente hacerlo extensivo al resto de las áreas del Mapa Sanitario de Asturias.

Para el arranque del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix se realizó en primer lugar un “prepiloteo” iniciado a finales de agosto de 2022 en cuatro centros de Atención Primaria del Área Sanitaria V para comprobar el buen funcionamiento de los nuevos circuitos establecidos para el envío de las muestras y subsanar las dificultades que pudieran surgir.

Tras la validación de dicho circuito se arrancó a finales de noviembre de 2022 con el envío de las primeras cartas de invitación en el Área Sanitaria V para poder participar en el pilotaje del Programa que se inició el 01/12/2022. Posteriormente, se procedió a su implantación en el Área VIII (15/11/2023), Área III (22/01/2024) y Área I (13/05/2024) continuando con la extensión progresiva en el resto de Áreas a lo largo de 2024.

Para el desarrollo y despliegue tanto del pilotaje como de la extensión progresiva del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix:

- Se ha centralizado el procesamiento de las pruebas del cribado poblacional, realizadas en Atención Primaria, en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
- Se ha establecido la detección del VPH-AR (Virus del Papiloma Humano de Alto Riesgo) en la prueba primaria de cribado en las mujeres de la población diana a partir de 35 años.
- Se ha instaurado la citología en base líquida como medio de recogida de las muestras.
- Se han diseñado dos PPJ (Plan Personal Jerárquico) para Atención Primaria, uno para cada grupo de edad (25-34 y 35-65 años) para su cumplimentación.
- Se ha realizado un formulario para el registro de actividades de Ginecología sobre las pacientes que vayan derivadas por el cribado poblacional desde Atención Primaria, que ha sido validado por el grupo de normalización de Ginecología.
- Se han resuelto las necesidades informáticas para el funcionamiento de los nuevos circuitos de solicitud de pruebas de cribado.
- Se han elaborado documentos técnicos para los y las profesionales sanitarios, e informativos para la ciudadanía.
- Se ha dado formación a los y las profesionales sanitarios encargados de llevar a cabo el cribado del Programa.
- Se han realizado diferentes modelos de cartas para los distintos tipos de invitación así como cartas de resultados normales/negativos de las pruebas de cribado.
- Se ha partido de una base poblacional para la captación de las mujeres destinatarias mediante una invitación a participar por carta (acompañado de información relevante sobre la enfermedad y el cribado) con sistemas de reinvitación a las mujeres que no asistan a la primera invitación.

- Se han diseñado los documentos propios de este programa, tanto para profesionales sanitarios como para la ciudadanía, a través de una licitación resuelta en 2023, así como el material necesario para poder desarrollar una campaña de sensibilización en medios de comunicación.

4.2.4 Programa de Cribado del Cáncer de Pulmón

El Área Sanitaria III con cabecera en Avilés, ha sido seleccionada para participar en el primer proyecto piloto nacional de cribado de cáncer de pulmón, conocido como Cassandra -del inglés Cancer Screening, Smoking Cessation and Respiratory Assessment, el cual consta de varios ejes de actuación, entre los que destacan la integración de la deshabituación tabáquica en el cribado, la realización de pruebas funcionales respiratorias y el aprovechamiento de la información que aporta la tomografía computarizada de baja dosis (TCBD) para completar una valoración global del fumador o exfumador.

Para poner en marcha el programa piloto se invitará a participar a personas asintomáticas, de 50 a 75 años, que cumplan los criterios de inclusión: fumadores o exfumadores que no lleven más de 15 años de abstinencia y que consuman o hayan consumido al menos 20 paquetes de cigarrillos al año.

Los participantes deberán permanecer estables desde un punto de vista respiratorio, sin síntomas compatibles con la presencia de un cáncer de pulmón. Además, su situación ha de permitir la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas, incluyendo la resección pulmonar.

Los pacientes que refieran un empeoramiento de su tos habitual, afonía de nueva aparición, hemoptisis, y/o pérdida de peso sin causa aparente serán excluidos y derivados a otro estudio.

La captación de la población del Área III se realizará en AP o en consultas especializadas de AH. Inicialmente, se evaluará a las personas voluntarias mediante un cuestionario epidemiológico, una consulta de deshabituación tabáquica -en el caso de que se trate de fumadores activos- TAC de baja dosis y espirometría. Este estudio determinará la inclusión o no en Cassandra. Una gestora de casos se encargará de orientar a las personas participantes en el proyecto y el seguimiento se realizará en Neumología.

Si la TC basal resulta anodina, se realizará una TC de seguimiento anual durante al menos 5 años o hasta que el sujeto cumpla los 80 años de edad o su situación funcional haga inviable la continuidad del proceso. Se realizarán TCs de seguimiento protocolizado en intervalos más cortos (p.ej., 3 meses) siempre que sea necesario en función de los hallazgos radiológicos de la TC basal o de seguimiento. Las exploraciones radiológicas de seguimiento se realizarán con baja dosis de radiación. La duración del programa de cribado será de cinco años, con seguimiento a todos los pacientes incorporados, independientemente del número de exploraciones radiológicas realizadas. El seguimiento epidemiológico se llevará a cabo a largo plazo, durante 10 años.

Paralelamente, se creará un registro nacional con datos epidemiológicos y resultados del cribado, además de un banco de imágenes en red que proporcionen la evidencia científica para decidir la integración del cribado del cáncer de pulmón en la cartera del Sistema Nacional de Salud si los resultados del estudio así lo aconsejan.

4.2.5 Futuros Programas de Cribado

El nuevo enfoque también pide que los programas de cribado se amplíen de forma gradual al cáncer de próstata, pulmón y, en determinadas circunstancias, al gástrico. La recomendación forma parte de un nuevo Plan de la UE para el Cribado del Cáncer, presentado como iniciativa emblemática del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer.

En la actualidad el Ministerio de Sanidad está estudiando la posibilidad de la implantación de un programa de detección precoz del cáncer de pulmón mediante la realización de una prueba de imagen, la tomografía computarizada de baja dosis de radiación (TCBD), en pacientes de alto riesgo. Basándose en los últimos estudios realizados a nivel europeo (MILD liderado desde Italia y NELSON desde Bélgica), que han demostrado una reducción de un 26% de la mortalidad tras diez años de seguimiento a casi 16.000 individuos, sociedades científicas como la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), instan al Ministerio que ponga en marcha dicho programa. Sin embargo, la última revisión realizada en 2020 por *la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Europea (EUnHTA)* realizada conjuntamente por las Agencias de Tecnologías de Austria Alemania y España, no establece la recomendación de implantación a nivel europeo.

Respecto al cáncer de próstata, la determinación del antígeno prostático específico (PSA) es la prueba que se ha considerado más adecuada para la detección precoz. Los rangos normales se consideran entre 0,1 y 4 ng/mL; entre los 4 y los 10 ng/mL pueden estar relacionados con procesos benignos de próstata, como por ejemplo entre otros la hiperplasia benigna de próstata o las prostatitis y por debajo de los niveles establecidos tampoco garantizan la ausencia de cáncer. Por otro lado entre los daños del cribado debemos destacar los falsos positivos, las complicaciones en la realización de la biopsia, así como el sobrediagnóstico y sobretratamiento de los cánceres de próstata localizados.

En la revisión sistemática actualizada sobre el cribado del cáncer de próstata, consistente en un meta-análisis combinado de cinco estudios controlados aleatorizados (ECA), los autores concluyen que el cribado no redujo significativamente la mortalidad específica por este cáncer. El estudio europeo aleatorizado de detección del cáncer de próstata (ERSPC) ha sido el único incluido en esta revisión que informó de una reducción significativa del 21% en la mortalidad específica por cáncer de próstata en un subgrupo de hombres de entre 55 y 69 años.

Las últimas Recomendaciones de Prevención del Cáncer del Grupo de Expertos del PAPPS 2020, de la SEMFYC, sobre el cribado del cáncer de próstata, aconsejan un cribado con PSA individualizado, con una decisión compartida entre médico y paciente, valorando los beneficios y riesgos del cribado y teniendo en cuenta a los grupos de riesgo.

El Plan estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el SNS, incluye como objetivo específico promover el diagnóstico precoz de VHC en poblaciones prioritarias, ya que se estima que solo están diagnosticados entre un 24% y un 35% de los pacientes con infección activa, y supone un beneficio tanto desde el punto de vista individual (reduciendo la morbimortalidad del paciente como de salud pública reduciendo la transmisibilidad del virus. Las poblaciones prioritarias son:

- Usuarios de drogas inyectadas y esnifadas.
- Pacientes tratados con productos sanguíneos antes de 1990.
- Pacientes expuestos a infección nosocomial por hepatitis C.
- Convivientes con pacientes de hepatitis C crónica.
- Personas con tatuajes o piercings, y expuestos a procedimientos que utilicen instrumental punzante sin los controles higiénico-sanitarios adecuados (acupuntura y mesoterapia).
- Hijos de madres con infección por VHC.
- Profesionales sanitarios expuestos a procedimientos que supongan riesgos biológicos.
- Pacientes en hemodiálisis.
- Hombres que tienen relaciones sexuales de riesgo con hombres.
- Pacientes infectados con VIH.
- Pacientes infectados con VHB o TBC.
- Personas internas en Instituciones Penitenciarias.

Para poder dar cumplimiento a lo anterior y mejorar el acceso al cribado y la vinculación al seguimiento, el Ministerio de Sanidad elaboró en julio de 2020 una Guía de Cribado de la Infección por el VHC donde se proponen las siguientes acciones:

- Diagnóstico de la infección en un solo paso: confirmación de un resultado positivo en una primera serología con una determinación de viremia en la misma muestra.
- Búsqueda de personas que tienen una prueba de anticuerpos frente al VHC positiva en algún registro sanitario sin constatación de confirmación del diagnóstico, así como de personas con diagnóstico de viremia confirmado sin constatación de posterior seguimiento e inicio de tratamiento con AAD.
- Actividades formativas y de apoyo a profesionales sanitarios/as, como alertas en la historia clínica electrónica para recordar la pertinencia del cribado del VHC en pacientes con exposiciones o situaciones de riesgo o con indicaciones clínicas.
- Simplificación de los modelos de atención evitando múltiples derivaciones, y adaptación de la atención a las personas con mayor vulnerabilidad.
- Integración de las actividades de prevención y cribado de la infección por VHC, VHB, VIH y otras ITS, y tuberculosis.

- Coordinación y atención multiprofesional en los centros de atención a personas con drogodependencias.
- Actividades de promoción del cribado dirigidas a población general y poblaciones específicas.
- Mejora de los sistemas de coordinación de los servicios de salud de las CCAA e Instituciones Penitenciarias, que permitan la continuidad asistencial de los pacientes que estando en situación de prisión provisional son puestos en libertad de forma inmediata.

4.2.6 Consejo Genético

Entre un 5% y un 10% del total de cánceres diagnosticados son de tipo hereditario, siendo los más frecuentes el Síndrome del Cáncer de Mama y Ovario Hereditario (CMOH) y el Síndrome de Lynch (SL).

Dentro de la detección precoz del cáncer hereditario, el consejo genético a los y las pacientes constituye una herramienta fundamental, destinada a informar a la persona o familia en riesgo de padecer un cáncer hereditario, sobre la probabilidad de presentar o transmitir a su descendencia dicho cáncer, si existe la posibilidad de realizar un diagnóstico molecular y de las medidas disponibles para su prevención y diagnóstico precoz.

Debemos tener en cuenta que este procedimiento se realiza sobre personas sanas y que puede entrañar molestias o riesgos, por lo que debe ir acompañado de una información rigurosa que permita una decisión informada.

El consejo genético y los análisis genéticos, para el diagnóstico, sospecha diagnóstica o antecedentes familiares de cánceres hereditarios y familiares, fueron incluidos en la cartera de servicios comunes del SNS en el año 2014.

En Asturias, ante la sospecha por parte de un facultativo de un posible síndrome de predisposición hereditaria al cáncer, el individuo y sus familiares podrán ser derivados para su evaluación a la *Unidad de Cáncer Familiar del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)*, centro referente en nuestra CA, e integrante de la red de unidades de consejo genético en España.

4.3 ASISTENCIA SANITARIA

4.3.1 Modelo asistencial

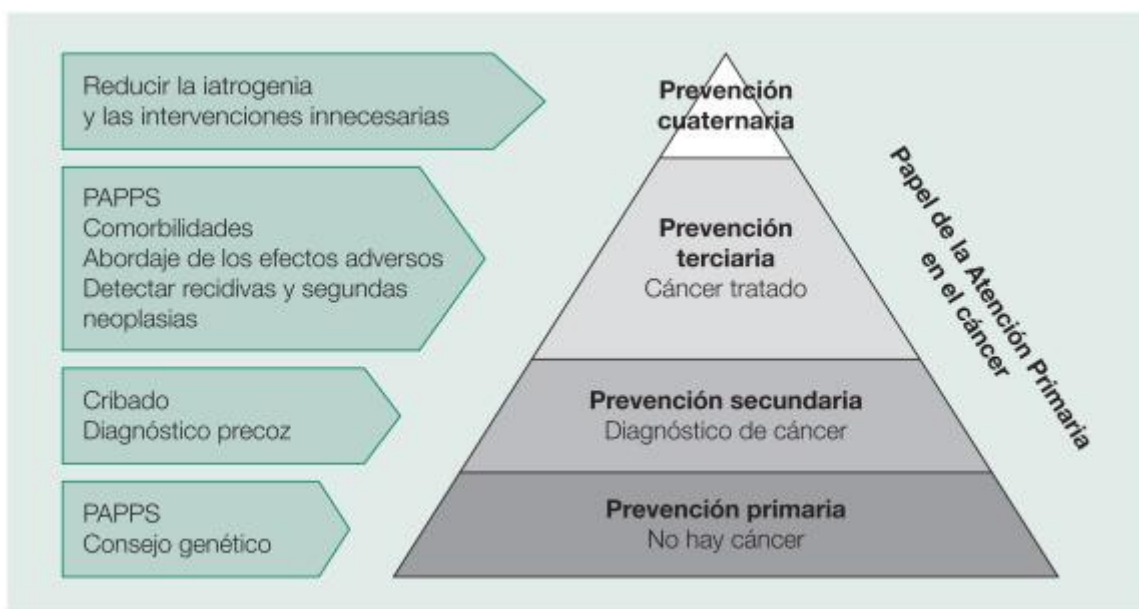
La asistencia sanitaria del paciente con cáncer y su entorno familiar es un proceso complejo que requiere la intervención de los diferentes niveles asistenciales y de distintas unidades implicadas.

La coordinación de todos los y las profesionales implicados/as en la atención del paciente oncológico supone un reto para cualquier servicio de salud que quiera mejorar la calidad asistencial a lo largo de todo el proceso de atención al paciente con cáncer.

Uno de los desafíos a los que nos enfrentamos en nuestro país y más concretamente en Asturias es el envejecimiento de la población que supondrá un mayor impacto en la incidencia del cáncer, y por otro lado la presencia de patologías crónicas concomitantes, que implican una atención más personalizada y coordinada dentro de un equipo multidisciplinar.

La atención primaria debe tener un papel más destacado en la atención al paciente oncológico, por ser el recurso sanitario más accesible y cercano que tiene el paciente debido a su situación privilegiada en la comunidad y por otra parte, porque la formación de los y las profesionales de la Atención Primaria permite un abordaje integral desde la prevención primaria a la cuaternaria, por su capacidad de atención holística, integral y biopsicosocial a lo largo de toda la vida de la persona. (Gráfico 60).

Gráfico 60: Papel de la Atención Primaria en el cáncer.



Fuente: PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud), SEMFYC

Para poder llevar a cabo la asistencia multidisciplinar e individualizada del paciente oncológico se hace necesario por un lado, la creación de la figura del gestor/a de caso y disponer de protocolos consensuados para cada tipo de cáncer que faciliten una atención adecuada en los circuitos de derivación entre los diferentes niveles asistenciales, en la continuidad asistencial, en el asesoramiento, en el acompañamiento social, etc.

El papel de profesional de enfermería como gestor/a de caso es fundamental para poder coordinar y fomentar el trabajo en equipo dentro de la unidad multidisciplinar y con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos a las personas con cáncer y a su entorno cuidador, para lo que se requiere su formación específica para adquirir las competencias necesarias a tal efecto.

En la actualidad, de manera simultánea al desarrollo de esta Estrategia, se está implantando en Asturias la Estrategia para el nuevo enfoque de la Atención Primaria 2018-2021, y el proyecto integral regional del Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, en la que se incluyen todos estos aspectos clave que corresponden a este nivel asistencial en relación con el cáncer.

4.3.2 Diagnóstico y Tratamiento del cáncer

Para poder desarrollar este objetivo resulta necesario conocer la situación de partida en nuestra CA. El mapa sanitario de Asturias, en la actualidad, se divide en ocho Áreas Sanitarias, de las cuales tres de ellas cuentan con la atención especializada de Oncología Médica:

- Área Sanitaria III, Hospital Universitario San Agustín, en Avilés
- Área Sanitaria IV, Hospital Universitario Central de Asturias, en Oviedo.
- Área Sanitaria V, Hospital Universitario de Cabueñes, en Gijón.

En el Área Sanitaria I, se disponen de consultas externas de dicha especialidad en el Hospital de Jarrío, debido al desplazamiento de profesionales del Área III para cubrir esta consulta. (Tabla 2).

Tabla 2: Primeras consultas de Oncología Médica y Oncología Radioterápica, SESPA 2021-2022.

PRIMERAS CONSULTAS	ONCOLOGÍA MÉDICA		ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	
	2021	2022	2021	2022
JARRIO	74	32		
AVILES	294	269		
OVIEDO	2.277	2.128	2.559	2.586
GIJON	965	994		
JOVE			914	1.004
TOTAL ASTURIAS	3.610	3.423	3.473	3.590

Fuente: Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA

En el Servicio de Oncología Médica del Hospital Central de Asturias (HUCA) durante el año 2022 se produjeron 505 ingresos hospitalarios externos, de los cuales 54 eran ingresos programados y 451 ingresos urgentes. Las interconsultas realizadas ascendieron a 615 en dicho año. La relación consultas sucesivas/primeras consultas supusieron un 12,5%; y las consultas primeras de alta resolución (CAR) un 2,9%.

En los casos de cáncer la agilidad en el diagnóstico y su fiabilidad resulta fundamental a la hora de minimizar el impacto que su retraso puede suponer en términos de supervivencia y calidad de vida para los y las pacientes y su entorno.

La colaboración entre AP y AH estableciendo una serie de circuitos de acceso y derivación rápidos y claros, atendiendo a una serie de síntomas de alarma establecidos con anterioridad y consensuados, es prioritario para mejorar la calidad asistencial en estos procesos, al igual que ya ocurre en otras CC.AA. En esta línea el Sespa está desarrollando circuitos de diagnóstico preferente con el objetivo de disponer en plazos predefinidos de las pruebas que se han considerado prioritarias para confirmar o descartar la presencia de algunos tumores prevalentes en Asturias, como pueden ser el colo-rectal, el de vejiga, el de pulmón, etc.

El equipamiento tecnológico con el que cuenta nuestra CA para el tratamiento de los pacientes oncológicos se muestra en la Tabla 3:

Tabla 3: Equipamiento tecnológico para el tratamiento de los pacientes con cáncer en Asturias.

Equipamiento tecnológico	H San Agustín	HUCA	H Cabueñes
P.E.T.	—	1	—
Acelerador lineal	—	4	—
Equipo de cobaltoterapia	—	—	—
Planificador	—	1	—
Simulador	—	1	—
Gammacámara	—	2	—
Equipos de Braquiterapia de Alta Tasa	—	2	—
Equipo de Radioterapia superficial	—	1	—
Sala de Electrofisiología	2	1	1
Sala de hemodinámica	—	2	2
Litotrictores	—	1	—

Fuente: Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA

En toda la red de hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), se realiza tratamiento quirúrgico del cáncer. El Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), es el centro de referencia, para aquellas intervenciones que conllevan una dificultad que no sea asumible en el hospital de algún Área Sanitaria, bien por el tipo de cirugía necesaria, o bien por las características del paciente, para las siguientes especialidades:

- Cirugía pediátrica
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía vascular
- Cirugía torácica

- Cirugía plástica
- Cirugía maxilofacial
- Neurocirugía
- Cirugía Otorrinolaringológica

En relación al concepto de farmacogenética, cuyo objetivo sería predecir la eficacia y la toxicidad de los fármacos en función del perfil genético de cada paciente, podemos considerar dos tipos de estudios:

- **Grupo 1:** Los que se realizan en línea germinal del paciente, y que implican variantes en genes relacionados con el metabolismo de algunos fármacos
- **Grupo 2:** Los que se realizan directamente sobre el tumor de cada paciente, en el que se identifican alteraciones genéticas en genes implicados en la respuesta o falta de respuesta a

En relación **al grupo 1**, en el Laboratorio de Oncología Molecular del HUCA están disponibles las pruebas:

- **Gen DPYD: genotipado de 4 variantes.** Estudio en línea germinal para determinar alteraciones en 4 polimorfismos que podrían estar implicadas en el déficit de actividad del enzima DPD, y causar toxicidad al paciente que va a ser tratado con dihidropirimidinas.
- **Gen UGT1A1: genotipado de variante UGT1A1*28.** Estudio en línea germinal. El gen UGT1A1 está implicado en el metabolismo del irinotecan. Déficit en la expresión del gen UGT1A1 implica mayor toxicidad por este fármaco.

En relación al **grupo 2**, de estudios directamente en el tumor para determinar posible respuesta o falta de respuesta a fármacos, se disponen de un gran número de pruebas en este laboratorio. Agrupadas por tipo de tumor, de una forma resumida podemos comentar:

- Cáncer de colon metastásico:
 - Determinación de alteraciones en los genes KRAS, NRAS, BRAF son predictores negativos de respuesta a anticuerpos anti EGFR.
 - Determinación inestabilidad de microsatélites. Predictor de respuesta a inmunoterapia.
- Cáncer de pulmón metastásico:
 - Determinación de alteraciones en el gen EGFR. Predictor de respuesta a inhibidores de EGFR; predictor de resistencia a algunos tratamientos.
 - Determinación de mutación en KRAS: p.Gly12Cys. Predictor de respuesta a inhibidor específico.
 - Panel de genes para biomarcadores de respuesta a otros tratamientos. Se dispone de un panel para estudio mediante “ngs” de 42 genes que incluye: MET,

- Melanoma metastásico:
 - Determinación de alteraciones en genes BRAF, predictor de respuesta a tratamiento con inhibidores específicos.
 - Determinación de mutaciones en KIT predictor de respuesta a tratamiento con inhibidores específicos.
- Tumor del estroma gastrointestinal:
 - Determinación de mutaciones en KIT y en PDGFRA. Predictores de respuesta a tratamientos específicos, dependiendo del tipo de mutación.
- Gliomas:
 - Determinación de alteraciones en IDH1, IDH2, imprescindible para diagnóstico y para toma de decisión terapéutica específica.
 - Determinación de metilación en el promotor de MGMT: para toma de decisión terapéutica en gliomas de alto grado.
- Colangiocarcinoma avanzado:
 - Determinación de alteraciones en IDH1, IDH2 y FGFR2.
- Leucemia mieloide crónica:
 - Presencia de BCR: ABL. Predictor de respuesta a tratamientos específicos.
 - Determinación de alteraciones en ABL: predictor de resistencia a tratamiento.
- Leucemias agudas:
 - Alteraciones en genes FLT3, NPM1, IDH1, IDH2, PML: RARa, BCR: ABL predictores de respuesta a tratamientos específicos.
- Leucemia linfática crónica:
 - Determinación de mutaciones en TP53 y status mutacional de Inmunoglobulinas, para toma de decisión terapéutica.
- Cáncer de próstata metastásico:
 - Determinación de mutaciones en BRCA1 y BRCA2 para toma de decisión terapéutica (inhibidores de PARP). (A futuro).
- Cáncer de páncreas:
 - Determinación de mutaciones en BRCA1 y BRCA2 para toma de decisión terapéutica (inhibidores de PARP). (A futuro).

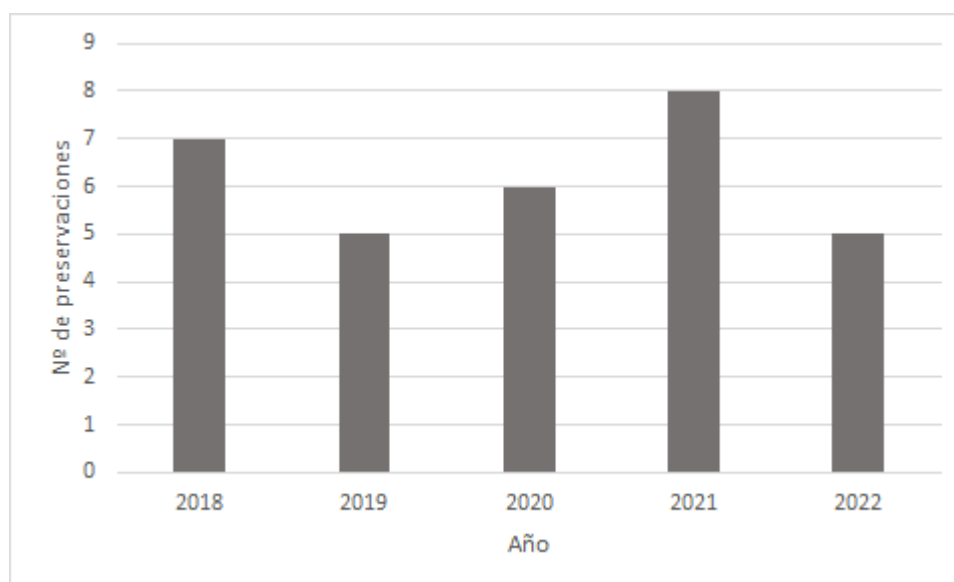
Todas estas determinaciones se realizan con distintas técnicas moleculares, (PCR convencional, PCR en tiempo real, PCR digital, secuenciación Sanger, secuenciación NGS, etc) en función de la necesidad de rapidez en la respuesta, para tratamientos en primera línea, o para posteriores tratamientos. Disponen de un panel con 42 genes mediante “NGS” que permite determinar gran parte de las alteraciones mencionadas anteriormente en tumor sólido.

En breve se dispondrán de otros paneles de genes que cubren este tipo de aspecto en los tumores hematológicos y como línea de trabajo a medio plazo se considera la incorporación de la tecnología de RNAseq para el diagnóstico de tumores hematológicos y tipo sarcomas.

En el Hospital de día Oncohematológico del HUCA se realizaron 23.033 tratamientos durante el año 2022.

La preservación de ovocitos, previo al tratamiento en mujeres diagnosticadas de cáncer, es la técnica que se realiza en la actualidad en la mayoría de los centros de la región (Gráfico 61); la conservación del tejido gonadal sólo se realiza en centros autorizados ya que se trata de una técnica experimental.

Gráfico 61: Evolución anual del número de preservaciones de ovocitos previas al tratamiento en mujeres con cáncer en el SESPA.



Fuente: Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA

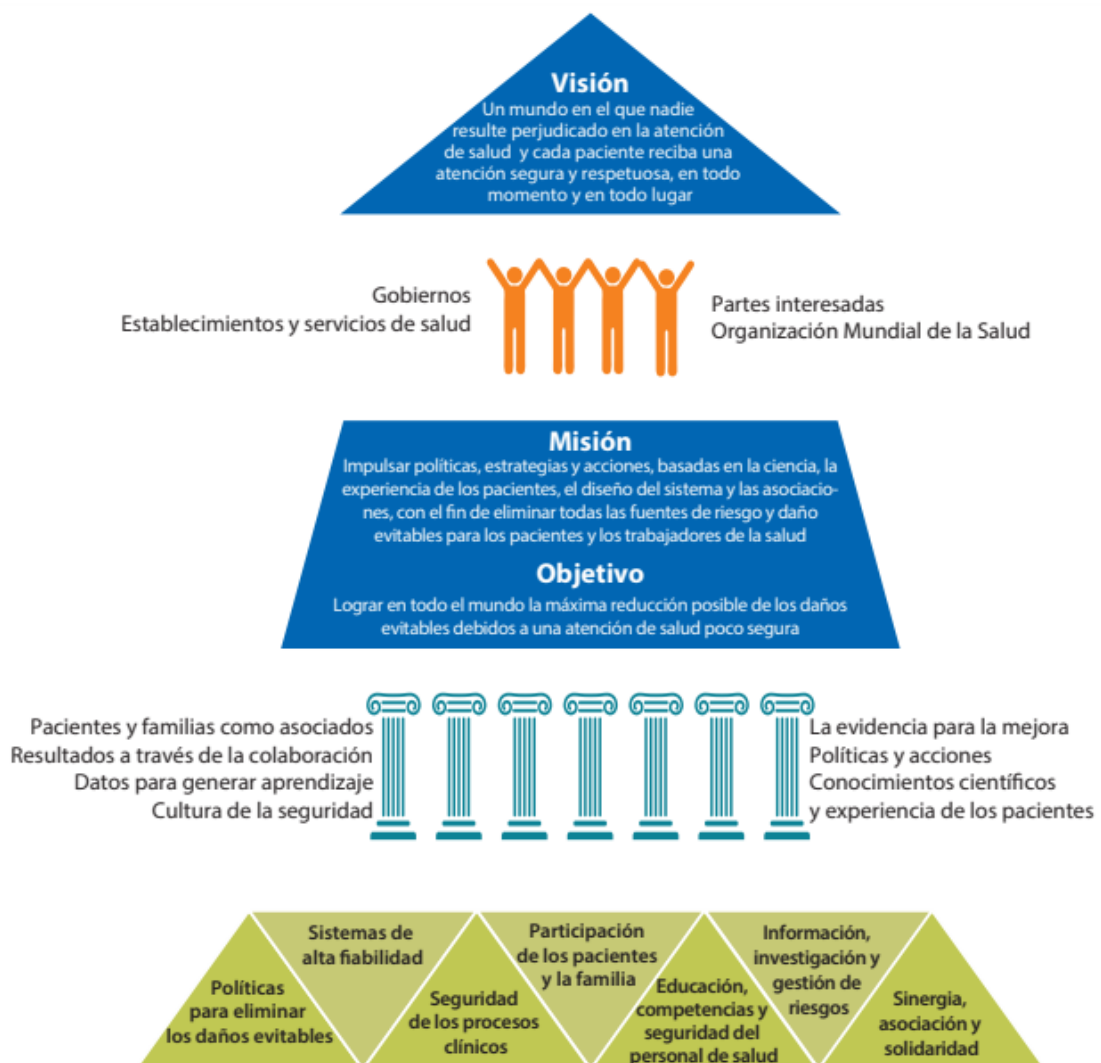
Desde junio del 2022, el HUCA ha sido incluido dentro de la red de centros de terapias avanzadas CAR-T, para el tratamiento del linfoma B de células grandes, del linfoma de células de manto, del mieloma múltiple y de la leucemia linfoblástica aguda, en los adultos. Desde entonces se han administrado dos tratamientos, encontrándose pendiente un tercero.

4.3.3 Seguridad del paciente en el proceso de cáncer

La 74ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo del 2021 el «Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030» con el fin de potenciar la seguridad de este como un componente esencial en el diseño, los procedimientos y la evaluación del desempeño de los sistemas de salud de todo el mundo. El recurso para las personas que acuden a un servicio de salud en busca de asesoramiento, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación es el centro de salud de atención primaria y es aquí donde deben identificarse una serie de acciones para adaptar el Plan Mundial con el objetivo de conseguir una Atención Primaria más segura. (Gráfico 62).








El marco de acción o despliegue del Plan, incluye siete objetivos estratégicos (OE) lo suficientemente amplios como para dar sentido a la multitud de tareas necesarias para reducir los riesgos y mejorar la seguridad de la atención al paciente y todas aplicables al proceso del cáncer. Cada uno de ellos cuenta con cinco estrategias concretas de actuación (EC) para su despliegue. (Gráfico 63).

Gráfico 62: Visión general del Plan de Acción Mundial para la seguridad del paciente 2021-2030. OMS 2022.



Fuente: Plan de Acción Mundial para la seguridad del paciente 2021-2030

Gráfico 63: Marco de acción: la matriz 7x5. Plan de Acción Mundial para la seguridad del paciente 2021-2030. OMS 2022.

1		Políticas para eliminar los daños evitables en la atención de salud	1.1 Política, estrategia y marco de aplicación de la seguridad del paciente	1.2 Movilización y asignación de recursos	1.3 Medidas legislativas de protección	1.4 Normas, regulación y acreditación de la seguridad	1.5 Día Mundial de la Seguridad del Paciente y Retos mundiales para la seguridad del paciente
2		Sistemas de alta fiabilidad	2.1 Transparencia, apertura y cultura de no culpabilización	2.2 Buena gobernanza para el sistema de salud	2.3 Capacidad de liderazgo para las funciones clínicas y de gestión	2.4 Factores humanos/ergonomía para la resiliencia de los sistemas de salud	2.5 Seguridad del paciente en urgencias y situaciones de extrema adversidad
3		Seguridad de los procesos clínicos	3.1 Seguridad de procedimientos clínicos propensos al riesgo	3.2 Reto mundial para la seguridad del paciente, «Medicación sin daño»	3.3 Prevención y control de las infecciones y resistencia a los antimicrobianos	3.4 Seguridad de los productos sanitarios, los medicamentos, la sangre y las vacunas	3.5 Seguridad del paciente en la atención primaria de salud y las transiciones asistenciales
4		Participación de los pacientes y sus familias	4.1 Elaboración de políticas y programas junto con los pacientes	4.2 Aprender de la experiencia del paciente para mejorar la seguridad	4.3 Defensores de los pacientes y promotores de su seguridad	4.4 Transparencia con las víctimas de incidentes relacionados con la seguridad del paciente	4.5 Información y educación a los pacientes y sus familias
5		Formación, competencias y seguridad del personal de salud	5.1 La seguridad del paciente en la formación y la capacitación profesionales	5.2 Centros de excelencia para la formación y la capacitación en seguridad del paciente	5.3 Competencias en materia de seguridad del paciente como requisitos normativos	5.4 Vinculación de la seguridad del paciente con el sistema de evaluación del personal de la salud	5.5 Entorno de trabajo seguro para los trabajadores de la salud
6		Información, investigación y gestión de riesgos	6.1 Sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes relacionados con la seguridad del paciente	6.2 Sistemas de información sobre seguridad del paciente	6.3 Sistemas de vigilancia de la seguridad del paciente	6.4 Programas de investigación sobre seguridad del paciente	6.5 Tecnología digital para la seguridad del paciente
7		Sinergia, asociación y solidaridad	7.1 Participación de las partes interesadas	7.2 Comprensión común y compromiso compartido	7.3 Redes de seguridad del paciente y colaboración	7.4 Iniciativas transgeográficas y multisectoriales para la seguridad del paciente	7.5 Armonización con los programas e iniciativas

Fuente: Plan de Acción Mundial para la seguridad del paciente 2021-2030

Debemos ser conscientes de que en el ámbito asistencial es donde mayor número de eventos adversos se generan, siendo alrededor del 50% de ellos prevenibles, por lo que se hace necesario definir un mapa de proceso o subprocesos con su correspondiente análisis de riesgos para poder abordar los potenciales eventos adversos a lo largo de todo el proceso de atención al paciente con cáncer y su entorno.

Desde el punto de vista de la seguridad del paciente, se debe analizar y proponer las barreras necesarias, que permitan minimizar riesgos: errores diagnósticos, práctica de procedimientos equivocados o pruebas innecesarias, adquisición de infecciones graves en algún momento del proceso, comunicación de los resultados...

Muchos incidentes de seguridad están relacionados con la medicación y cuanto mayor sea el riesgo del fármaco mayor es la posibilidad de aparición de un evento adverso grave debido a errores en la prescripción, almacenamiento, dosificación, preparación o administración del mismo.

Los dispositivos clínicos y la infraestructura sanitaria empleada, tanto en el ámbito comunitario como hospitalario, ha de asegurarse. La atención a la accesibilidad, limpieza y confortabilidad de las instalaciones, suministro y mantenimiento garantizado de los dispositivos o gestión adecuada de residuos contribuirán a reducir el riesgo de daño.

Los fallos en la comunicación y la falta de coordinación entre diferentes ámbitos asistenciales o la inadecuada transmisión de información durante las transiciones asistenciales siguen siendo identificados como causas relevantes en la producción de eventos adversos. Se precisa poner especial atención en la estandarización de canales de comunicación eficientes entre los distintos niveles asistenciales involucrados en todo el proceso.

Es necesario un enfoque sistémico si se pretende alcanzar un diseño seguro de todo proceso clínico y por ende en el proceso de cáncer.

A nivel europeo, en el año 2020 se ha puesto en marcha el proyecto QuADRANT, para mejora de la calidad y la seguridad de la radiología, radioterapia y medicina nuclear a través de la auditoría clínica; propuesto por la Comisión Europea y dirigido por la Sociedad Europea de Radiología (ESR) junto con la Asociación Europea de Medicina Nuclear (EANM) y la Sociedad Europea de Radioterapia y Oncología (ESTRO) como socios.

La legislación actualizada de Euratom, tal como se describe en la Directiva sobre normas básicas de seguridad (BSSD) 2013/59/Euratom, establece el marco legal de la UE para la protección de la salud humana contra los efectos nocivos de la exposición a la radiación ionizante. Los cambios que introduce esta legislación con respecto a la anterior incluyen:

- Establecer normas de seguridad genéricas para la protección contra la exposición a las radiaciones ionizantes.
- Reforzar los requisitos para la justificación y optimización de la exposición médica.

- Introducir/fortalecer los requisitos de información del paciente.
- Reforzar/introducir los requisitos para el registro y notificación de dosis relacionadas con procedimientos radiológicos, incluidas también las exposiciones accidentales o inadvertidas, y para el establecimiento de niveles de referencia para diagnóstico (DRL).

Es importante destacar que la BSSD también exige específicamente la realización de auditorías clínicas "de acuerdo con los procedimientos nacionales". La auditoría clínica es una herramienta bien establecida dentro de la atención sanitaria actual, que se puede utilizar para mejorar la atención, la seguridad, la experiencia y los resultados del paciente.

Por otro lado, la Comisión Europea aprobó el 3 de febrero de 2021, el *Plan de Acción Samira*: la Agenda Estratégica para las Aplicaciones Médicas de las Radiaciones Ionizantes, como la primera medida de seguimiento del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer.

El *Plan de Acción Samira* garantiza que los ciudadanos de la Unión tengan acceso, en el ámbito de la medicina, a unas tecnologías radiológicas y nucleares de alta calidad con los más estrictos criterios de seguridad. El Plan establece acciones y medidas con tres fines clave:

- Garantizar el suministro de radioisótopos médicos.
- Mejorar la calidad y la seguridad de las radiaciones aplicadas en medicina.
- Facilitar la innovación y el desarrollo tecnológico de aplicaciones médicas de las radiaciones ionizantes. Entre esas acciones se cuentan las siguientes:
 - La Comisión pondrá en marcha la Iniciativa del Centro Europeo de Radioisótopos (ICER) para mantener el liderazgo mundial de Europa en el suministro de radioisótopos médicos y contribuir a acelerar el desarrollo y la introducción de nuevos radioisótopos y métodos de producción.
 - La Comisión pondrá en marcha la Iniciativa Europea sobre la Calidad y la Seguridad de las aplicaciones médicas de las radiaciones ionizantes, a fin de garantizar que los usos diagnósticos y terapéuticos de tales radiaciones en los Estados miembros se ajusten a las normas más estrictas.
 - La Comisión creará sinergias entre el Programa de Investigación y Formación de la Comunidad Europea de la Energía Atómica y el clúster «Salud» del programa de investigación de la UE Horizonte Europa mediante el desarrollo y la aplicación de una hoja de ruta de investigación sobre las aplicaciones médicas de la tecnología nuclear y radiológica.

A nivel nacional se está trabajando en varios Reales Decretos (RD) relacionados con las tecnologías nucleares y radiológicas:

- Proyecto de Real Decreto por el que se establecen los criterios de calidad en Medicina Nuclear actualmente en el Consejo de Estado.

- Proyecto de RD por el que se establecen los criterios de calidad y seguridad de las unidades asistenciales de Radioterapia. El documento ha estado en información pública y se están revisando las alegaciones recibidas (se recibieron 700) con los expertos.

La farmacoterapia prescrita al paciente de oncología es, por definición, una medicación de alto riesgo. Desde el Ministerio se está trabajando en un documento de recomendaciones para el uso de este tipo de fármacos.

El enfoque sistémico de los posibles eventos adversos que hayan podido sufrir las personas con cáncer ha de posibilitar la incorporación de acciones de mejora, por lo que la participación del mismo en su proceso es fundamental para su seguridad.

4.3.4 Seguimiento del paciente con cáncer y calidad de vida

El perfil del paciente con cáncer ha cambiado a lo largo de estos últimos años, gracias al avance en los tratamientos y cuidados que conllevan supervivencias más prolongadas. Se distingue clásicamente las siguientes etapas en los supervivientes de cáncer:

- Supervivencia aguda (vivir con cáncer): comienza con el diagnóstico del cáncer e incluye el período de exámenes y tratamiento del cáncer.
- Supervivencia extendida (intermedio, superar el cáncer): comienza con la remisión de la enfermedad y finalización del tratamiento inicial. Esta fase puede incluir el mantenimiento, la consolidación o el seguimiento.
- Supervivencia permanente (a largo plazo, vivir después del cáncer): dependiendo del tipo de cáncer, esta es la fase identificada con la “cura” o con una supervivencia prolongada después de la remisión.

En España, el *Informe sobre Supervivencia de cáncer en España 2002-2013 (REDECAN)*, publicado en enero de 2020, muestra que las estimaciones de supervivencia son indicadores cruciales a la hora de evaluar cualquier Estrategia contra el cáncer y la efectividad global de los diferentes servicios de salud de nuestro país.

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) en su Monográfico SEOM sobre Largos Supervivientes (1ª parte), estima que cada año se producirán 100.000 nuevos largos supervivientes, que deben ser atendidos por equipos multidisciplinares e interdisciplinares y cuya implantación supone un reto para cualquier sistema sanitario. En el documento se establecen seis dominios específicos en el paciente superviviente con cáncer como son:

- Seguimiento adecuado para detectar recaídas susceptibles de curación.
- Valoración de la susceptibilidad genética para algunos tipos de cáncer tanto en el paciente como en su familia.
- Detección de segundas neoplasias primarias.
- Monitorización de complicaciones del tratamiento.
- Prevención y tratamiento precoz de alteraciones del estado psicológico secundarias al cáncer o a su tratamiento.
- Proporcionar un soporte psicosocial adecuado a las necesidades del paciente y su entorno.

La Resolución del Parlamento Europeo, de 16 de febrero de 2022, sobre el refuerzo de Europa en la lucha contra el cáncer: hacia una estrategia global y coordinada (2020/2267(INI)), en su ámbito de actuación “IV. Fuerte apoyo a los pacientes de cáncer, los supervivientes y los cuidadores” en su apartado 110. “Subraya que los enfermos de cáncer no deben sufrir un «doble castigo» en su vida cotidiana; pide la adopción de una directiva contra la discriminación, así como la aplicación justa e igualitaria de las Directivas sobre servicios financieros, como la Directiva sobre créditos al consumo, sin discriminación alguna contra los pacientes y los supervivientes de cáncer.

El 28 de junio de 2023 España adopto la regulación del derecho al olvido oncológico mediante un Real Decreto Ley publicado en el Boletín Oficial del Estado (Disposición 15135 del BOE núm. 154 de 2023 Página 183) de aplicación inmediata, en cuyo capítulo II incorpora medidas para hacer efectivo el derecho al olvido en la contratación de seguros y productos bancarios de los pacientes de patologías oncológicas una vez transcurrido un determinado período de tiempo desde la finalización del tratamiento sin recaída.

Para ello se establece, por un lado, la nulidad de las cláusulas que excluyan a una de las partes por haber padecido cáncer; y, por otra, la prohibición de discriminación en la contratación de un seguro a una persona por haber sufrido una patología oncológica, una vez transcurridos, en ambos casos, cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Además, para suscribir un seguro de vida tampoco habrá obligación de declarar si se ha padecido cáncer una vez cumplido el mencionado plazo, ni se podrán tomar en consideración dichos antecedentes oncológicos, a estos efectos.

Con ello, se da cumplimiento a la Resolución del Parlamento Europeo, de 16 de febrero de 2022, sobre el refuerzo de Europa en la lucha contra el cáncer.

Todos estos aspectos son los que se intentan reflejar en la actualización de la Estrategia del Cáncer para nuestra CA.

4.3.5 Cuidados paliativos y prestación de la eutanasia

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan al problema asociado con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

En España, la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS actualmente vigente es la correspondiente a 2010-2014, que establece un modelo de atención integral y coordinada del sistema sanitario adaptándose a las necesidades del paciente y respetando su autonomía.

En Asturias, la estrategia actualmente en vigor es: la “Estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias 2023-2030”, la cual se realizó con el objetivo de actualizar la estrategia previa de 2009, para mejorar y unificar la atención paliativa en la Comunidad Autónoma. La nueva estrategia recoge un nuevo enfoque de atención a las personas con necesidades paliativas encaminada a una identificación más temprana de estas necesidades y una adecuada planificación de las mismas. En este sentido, la estrategia necesita unas estructuras que sirvan para dar soporte técnico y asesoramiento, por lo que se creó el Grupo Autonómico de Cuidados Paliativos en julio de 2023.

El nuevo grupo de trabajo impulsará el desarrollo de la estrategia, así como el asesoramiento y apoyo de la Consejería competente en materia de sanidad, con el fin de poner a disposición de la autoridad sanitaria información de utilidad para la toma de decisiones.

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia (LORE) introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual. A lo largo de su articulado recoge, de manera garantista, los requisitos necesarios para que las personas puedan solicitar la prestación de ayuda para morir, las condiciones para su aplicación, así como el procedimiento que debe seguir y las garantías que han de observarse en la aplicación de la prestación.

En la página web Astursalud, en el apartado de profesionales (“Prestación de ayuda a morir”), y también de ciudadanía (“Proceso al final de la vida”), se encuentra la información de los procedimientos y la documentación asociada a la citada ley. Los informes que se redactan desde la Comisión de Garantía y Evaluación, incorporan los datos de las personas que la solicitan teniendo un proceso oncológico como motivo principal. Los procesos oncológicos son la patología de base de un número importante de solicitudes de prestación de eutanasia.

El proceso del final de la vida es un momento difícil de afrontar, tanto para el paciente como para su entorno, ya que los procesos oncológicos conllevan un considerable sufrimiento físico y/o emocional en los pacientes y sus familias. Por eso, en Asturias, la Estrategia de Cuidados Paliativos 2023-2030, presta atención sobre los cuidados al paciente con cáncer, en sus fases más avanzadas y terminales, junto con las demás posibilidades terapéuticas, para garantizar su autonomía y poder conseguir una buena calidad de vida y el derecho a morir con dignidad.

4.3.6 Atención sanitaria a la infancia y la adolescencia

Debido a la alta supervivencia conseguida en el cáncer infantil y en la adolescencia, que hace menos probable morir por una recidiva a lo largo de los años, pero aumenta la probabilidad de sufrir segundas neoplasias u otras complicaciones, la Estrategia en Cáncer del SNS de 2021, establece una serie de retos específicos para estas edades como son:

- Realización de diagnóstico molecular en todos los casos pediátricos, cuyo objetivo es la creación de una plataforma de medicina personalizada nacional, coordinada, y abierta a todos los niños y adolescentes con cáncer de nuestro territorio.
- El reconocimiento de los efectos secundarios a largo plazo de los tratamientos del cáncer infantil (infertilidad, efectos cardiotoxicos, complicaciones óseas, efectos cognitivos, efectos psicosociales, problemas de crecimiento y alteración tiroidea entre otros) por los y las profesionales sanitarios, es fundamental por lo que se hace necesaria su formación específica al respecto.
- Las segundas neoplasias tienen mayor riesgo de aparición en los supervivientes del cáncer pediátrico, siendo más frecuentes en determinados tipos de tumores como sarcomas, tumores del SNC, linfoma de Hodgkin o cáncer de riñón, lo que obliga en estos casos a aumentar la sospecha diagnóstica ante la presencia de síntomas compatibles con procesos cancerígenos en la edad adulta.
- El cáncer en adolescentes y personas adultas jóvenes (AYAS) por el impacto que pueda tener en el desarrollo personal en esas edades.
- La transición desde la unidad pediátrica a la de adultos debe ser adaptada y continuada en el tiempo, por lo que se hace imprescindible que el equipo multidisciplinar de las unidades asistenciales del cáncer en la infancia y la adolescencia garanticen una asistencia continuada durante todo el proceso.
- La centralización de los tratamientos para poder optimizar las terapias al contar con un mayor número de casos.

Por todo ello, el 15 de noviembre de 2018, fue aprobado el acuerdo sobre la organización asistencial del cáncer infantil y de la adolescencia por el CISNS, estableciendo como medidas prioritarias:

- Creación en cada C. A. de un comité autonómico de coordinación asistencial para la gestión de la atención asistencial de todos los casos de cáncer infantil y de la adolescencia.
- Concentración de la atención en unidades de oncohematología pediátrica.
- Cada C.A adoptará una de los modelos organizativos siguientes:
 - Modelo en red basado en una o varias unidades de oncohematología pediátrica. La red asistencial es una herramienta organizativa que contempla el niño/a o adolescente como centro del proceso asistencial garantizando una óptima atención.

- Derivación de todos los casos en otra Comunidad autónoma. Cuando el volumen total de casos no sea suficiente considerando la población de referencia y la distribución territorial, se adoptarán acuerdos con otras CC.AA. para dar una atención asistencial óptima.

En Asturias se ha adoptado el primer modelo, basado en una unidad de oncohematología pediátrica en el HUCA, referencia para el conjunto de la red asistencial en nuestra Comunidad Autónoma, y se ha publicado en BOPA la constitución del Comité Asistencial del cáncer en la Infancia y Adolescencia de Asturias, mediante el Decreto 35/2023, de 26 mayo.

4.4 OTROS ASPECTOS

4.4.1 Sistema de información

Los sistemas de información como herramienta de planificación asistencial son cruciales en cualquier sistema sanitario. En el caso del cáncer, se precisa de un sistema de información que aglutine en una única plataforma los datos más relevantes que se originan a lo largo de todo el proceso de vigilancia y atención al cáncer, con el fin de aportar información periódica, rigurosa, actualizada y útil a los diferentes estamentos, profesionales y ciudadanía implicados en promover la prevención, la investigación y la mejora de la calidad del proceso de atención al cáncer a lo largo de todas sus etapas, desde la prevención hasta los cuidados paliativos.

En Europa, se ha puesto en marcha la Iniciativa Europea de Imagen Oncológica, como una de las iniciativas emblemáticas del Plan Europeo de Lucha Contra el Cáncer, para poder aprovechar el potencial de los datos y de las nuevas tecnologías como la Inteligencia Artificial (IA) o la Computación de Alto Rendimiento (HPC). El objetivo de la Iniciativa es el desarrollo de tecnologías que nos ayuden a la toma de decisiones clínicas, diagnósticos, tratamientos y medicamentos predictivos más precisos y rápidos para los pacientes con cáncer. El cronograma establecido para esta Iniciativa se muestra en el Gráfico 64.

La Federación Europea de Imágenes del Cáncer (EUCAIM) es la piedra angular de esta iniciativa, la cual trabajará para vincular recursos y bases de datos a una infraestructura federada digital paneuropea de imágenes clínicas, patología, datos moleculares y de laboratorio relacionadas con el cáncer, abierta, disponible y fácil de usar para todas las partes interesadas, contando con repositorios nacionales/regionales, para lo que se definirán las bases legales para su funcionamiento a escala europea adaptándose a las particularidades normativas de la gestión de datos de los diferentes países europeos.

El proyecto EUCAIM, nace de la necesidad de avanzar en el campo del diagnóstico y tratamiento del cáncer mediante el uso de IA y datos de imágenes médicas disponibles, pero fragmentados en Europa y el mundo, sobre la base de los logros del grupo de proyectos "AI for Health Imaging" (AI4HI), financiados por la UE sobre *big data* e IA en imágenes del cáncer (CHAIMLEON, EUCANIMAGE, INCISIVE, ProCancer-I, PRIMAGE). Se ha iniciado con 21 proveedores de datos de 12 países, esperando alcanzar 30 proveedores de 15 países para 2026 a través de una convocatoria abierta.

Cubren imágenes automatizadas y anotaciones de cánceres comunes como mama, pulmón, próstata y colorrectal, pero también pediátricos. Se prevé que incluirán más de 100.000 casos de cáncer para 2025. Además, se implementarán al menos 50 algoritmos, herramientas y modelos de predicción de IA dentro de la infraestructura para 2026.

Gráfico 64: Cronograma de la Iniciativa Europea de Imagen Oncológica, Europa 2022



Fuente: Iniciativa Europea de Imágenes contra el Cáncer <https://digital-strategy.ec.europa.eu/>

En España, participan en EUCAIM:

- Agencia Estatal del Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- BAHÍA
- Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red
- Centro de Regulación Genómica
- Hospital Clínico de Barcelona
- Instituto de Salud Carlos III
- Instituto Tecnológico de Informática
- IQVIA
- Hospital Universitario y Politécnico La Fe
- MÁTICO
- Quibim
- Grupo S2
- Servicio Andaluz de Salud
- Servicio Madrileño de Salud
- Universidad de Valencia
- Universidad Politécnica de Valencia
- Universidad de Barcelona

La información de los casos de cáncer en la actualidad se recoge en dos tipos de registros, unos poblacionales y otros hospitalarios, con unas normas de calidad establecidas tanto a nivel internacional por la *International Association of Cancer Registries (IACR)*, como a nivel europeo por la *European Network of Cancer Registries (ENCR)*.

En España, existe una *Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN)*, cuyo objetivo es fortalecer el papel de los registros de cáncer poblacionales y del *Registro Español de Tumores Infantiles (RETI)* como uno de los elementos principales para la vigilancia y el control del cáncer en España.

En la actualidad, existen 16 registros poblacionales, 15 de ellos que cubren toda la población y uno de ellos la población infantil: Albacete, Asturias, Canarias, Castellón, Castilla y León, Ciudad Real, Cuenca, Euskadi, Girona, Granada, La Rioja, Mallorca, Murcia, Navarra, Tarragona y el registro monográfico de tumores infantiles de la Comunitat Valenciana.

En Asturias, el *Registro de Tumores del Principado de Asturias (RTPA)* es un registro de base poblacional dependiente la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud.

Fue creado en 1978 aunque no empezó a publicar datos hasta el año 1982. Entre sus actividades destacan conocer y difundir los datos de incidencia de cáncer en nuestra región y la investigación epidemiológica tanto en proyectos nacionales como internacionales, entre otras.

Los Registros Hospitalarios de Tumores son sistemas de información específica que recogen, almacenan, analizan e interpretan datos clínicos sobre personas con cáncer atendidas en una institución.

Respecto al cáncer infantil, existe un Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP). Es un proyecto científico, en colaboración entre la Universidad de Valencia y la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas (SEHOP). Todas las unidades de onco-hematología pediátrica de España son Centros Informantes del Registro y colaboran notificando los datos de los casos de cáncer que diagnostican.

El *RETI-SEHOP* mantiene colaboración con los Registros de Cáncer autonómicos y provinciales de España para mejora mutua de la información y realización de proyectos conjuntos sobre incidencia y supervivencia de los tumores infantiles y de la adolescencia en España.

Siendo un registro central, basado en una red de unidades hospitalarias que informan de los casos, el *RETI-SEHOP* cubre el país completo capturando más del 90% de los tumores infantiles en España y aproximándose al 100% de los casos en Aragón, Catalunya, Euskadi, Madrid y Navarra.

Como puede observarse por lo anteriormente expuesto se hace necesario un cambio en los sistemas de información en nuestra CA para mejorar la calidad del proceso de atención al cáncer a lo largo de todas sus etapas desde la prevención hasta los cuidados paliativos.

Por otra parte, desde el Ministerio de Sanidad existe un proyecto de Real Decreto por el que se crea y regula la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública de febrero de 2023, cuyo texto está sometido al trámite de información pública, y en su Artículo 13 *Sistemas de Vigilancia en Salud Pública* se menciona que dentro de los sistemas que forman parte de la Red se encuentra el Sistema de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles, que incluirá la vigilancia del cáncer.

Debido a lo anterior hasta el día 19 de mayo del 2023 se propuso consulta pública previa del proyecto de Real Decreto por el que se regula el sistema de vigilancia de cáncer de la red estatal de vigilancia en Salud Pública. El objetivo de la norma es El objetivo de la norma es regular el Sistema de Vigilancia de Cáncer, que forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles y determinar su configuración y funcionamiento, para recoger, analizar, interpretar y difundir información epidemiológica relacionada con el cáncer en España y los factores que la condicionan, con el fin de fundamentar las actuaciones de salud pública orientadas a proteger y promover la salud de la población y a prevenir la enfermedad, e incorporar un enfoque de equidad.

Los objetivos de este sistema son:

- Conocer la incidencia, prevalencia y supervivencia del cáncer por sexo, grupo de edad, localización anatómica, tipo histológico y otras variables de interés en España y por Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía, y su evolución a lo largo del tiempo.
- Contribuir a la identificación de los grupos de población de mayor riesgo de padecer cáncer.
- Facilitar la información que oriente la planificación y la gestión de los recursos sanitarios, así como la evaluación de la calidad asistencial.
- Apoyar en la evaluación de los programas poblacionales de cribado de cáncer.
- Promover la difusión de la información epidemiológica, relevante para la prevención del cáncer entre profesionales sanitarios, no sanitarios y la población general.
- Fomentar la investigación epidemiológica y la formación relacionada con el control del cáncer, especialmente de los factores determinantes asociados.

La presente iniciativa establecerá el marco normativo en el que se desenvolverá la vigilancia del cáncer en España en los próximos años, coordinado por el Ministerio de Sanidad y gestionado conjuntamente con las CC.AA. Para ello, se dotará al Sistema de una gobernanza propia, integrada por distintos mecanismos y unidades de gestión, tanto a nivel nacional como autonómico. Al igual que en el resto de sistemas de vigilancia que formarán parte de la Red de Vigilancia en Salud Pública, su funcionamiento se detallará en un manual de procedimientos y en los protocolos de vigilancia de enfermedades no transmisibles, que se acordarán en el marco del Consejo Interterritorial del SNS a fin de garantizar la armonización y la actualización continua del sistema. Este proyecto de real decreto proporcionará el marco normativo necesario para alcanzar un desarrollo homogéneo de la vigilancia del cáncer en el territorio nacional estableciendo mecanismos eficaces de coordinación entre los distintos sistemas de vigilancia y entre los diferentes agentes implicados para posibilitar una vigilancia integral del cáncer en España.

4.4.2 Investigación

La investigación constituye una herramienta fundamental para poder avanzar en la lucha contra el cáncer.

En España, contamos con centros de financiación pública como son el *Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)*, que a su vez financia al *Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)*, cuyos programas de investigación se desarrollan en investigación básica (oncología molecular y biología estructural), orientada a pacientes (genética del cáncer humano, investigación clínica) y de innovación (biotecnología y terapias experimentales).

La Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias (FINBA) es una organización sin ánimo de lucro que persigue fines de interés general y para ello está dotada de personalidad jurídica propia y plena capacidad jurídica y de obrar. En la actualidad se desarrolla como la estructura de gestión del *Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA)* agrupado en torno al Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), y también como herramienta de gestión de la I+D+i de todos los centros sanitarios dependientes del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), centrando su trabajo en generar un retorno claramente dirigido a la mejora de la asistencia sanitaria, y a la salud de la población en general.

En Asturias contamos con la Universidad de Oviedo (UNIOVI) que ha sido una de las primeras nueve universidades españolas en obtener el sello del Campus de Excelencia Internacional.

4.4.3 Formación y docencia

Uno de los aspectos fundamentales en esta Estrategia del Cáncer en Asturias es potenciar y desarrollar la formación en atención al paciente con cáncer y su entorno.

Debería de hacerse una revisión de la situación y una propuesta de trabajo en relación a:

- Formación de grado y pregrado
- Formación postgrado
- Formación continuada
- Formación sanitaria especializada
- Formación en investigación
- Formación con asociaciones de pacientes (AECC- Asturias, Galbán)

5 DESARROLLO DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

La Estrategia del Cáncer en Asturias se alineará con los objetivos de la Estrategia en Cáncer del SNS y el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, enmarcada dentro del Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030.

A continuación, se exponen las líneas de actuación con los objetivos específicos para cada una de ellas y las acciones a desarrollar:

5.1 LÍNEA ESTRATÉGICA I: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

5.1.1 Objetivos y acciones en Promoción de la salud

Objetivo I.1. Incorporar enfoques de determinantes sociales y equidad, salutogénico y de activos, intersectorialidad, acción y participación comunitaria de manera transversal en todas las fases de los procesos.

Acciones:

- Formar a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en los diversos enfoques.
- Trabajar de forma intersectorial incorporando a diversos ámbitos desde la planificación.
- Potenciar la capacidad de acción individual y colectiva en los procesos incorporando a la ciudadanía en todas las fases, desde la planificación hasta la evaluación.
- Analizar el contexto estructural y los diversos ejes de desigualdad detrás de las conductas que generan el resultado en salud (cáncer).
- Dirigir acciones hacia la generación de entornos y políticas saludables.

Objetivo I.2: Favorecer conductas y estilos de vida saludables entre la población a lo largo de todas las etapas de la vida, incorporando el enfoque de género con estrategias diferenciadas según los patrones de consumo y hábitos determinados por el género.

Acciones:

- Difundir el Código Europeo contra el Cáncer.
- Formar a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en prevención primaria del cáncer incorporando el enfoque en determinantes sociales y equidad.
- Realizar actividades de promoción de la salud y prevención primaria del cáncer implementadas por Administración regional, local y tercer sector entre la población general.

- Realizar actividades de promoción y prevención primaria del cáncer, Programa “Cuidando Activamente mi salud” de la Escuela Asturiana de Cuidados.
- Aprovechar la participación de la Consejería de Salud en el proyecto europeo *Improving digital empowerment for active healthy living* (IDEAHL) para el diseño de una nueva estrategia de alfabetización sanitaria, en temas relacionados con el cáncer.
- Impulsar que los centros educativos sean espacios promotores de la salud, promoviendo el Programa de Escuelas Promotoras de la Salud, Alimentación Saludable y Producción Ecológica en los Comedores Escolares de Asturias, Proyectos de Cultivos del Huerto Escolar Ecológico, Prevención de adicciones...etc.
- Desarrollar acciones en el ámbito de las empresas.

Objetivo 1.3: Mejorar el bienestar emocional de la población asturiana para abordar los factores vinculados al estrés, el cual propicia cambios en los estilos de vida saludables.

Acciones:

- Implementar el Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030.
- Elaborar e Implementar la Estrategia de Bienestar Emocional de Infancia, Adolescencia y Juventud de Asturias.
- Potenciar el programa “Cuidando mi bienestar emocional” de la Escuela Asturiana de Cuidados.

5.1.2 Objetivos y acciones en alimentación, obesidad y ejercicio físico

Objetivo 1.4: Promover una alimentación saludable en todas las edades de la vida.

Acciones:

- Difundir información sobre alimentación saludable e impulsar su consumo en aquella población con mayores desigualdades en salud y en todas las edades de la vida.
- Impulsar el Programa Interinstitucional de Alimentación Saludable y de Producción Ecológica en los Comedores Escolares de Asturias, junto con la Red de Huertos Escolares y Ecológicos.
- Impulsar el Programa 16 del Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2021-2025, actuando sobre menús escolares, máquinas expendedoras y cafeterías de los centros escolares.
- Formar a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en nutrición y alimentación saludable incorporando el enfoque en determinantes sociales y equidad.

Objetivo 1.5: Reducir la inactividad física y el sedentarismo.

Acciones:

- Difundir el Día Mundial de la Actividad Física.

- Fomentar el uso de la bicicleta como medio de transporte.
- Fomentar ir andando al trabajo y a la escuela.
- Establecer ambientes que faciliten la práctica de actividad física en centros laborales y otros.
- Establecer programas y dotar de herramientas a los y las profesionales de AP para impulsar la prescripción de ejercicio físico desde la consulta.
- Fomentar el desarrollo de programas municipales de promoción de la actividad física, con enfoque de género, prestando atención a las desigualdades en la distribución del tiempo libre y favoreciendo la participación de las mujeres.
- Formar a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en consejo sobre actividad física y prescripción de ejercicio físico para la salud incorporando el enfoque en determinantes sociales y equidad.

Objetivo I.6: Disminuir el sobrepeso y la obesidad.

Acciones:

- Evaluar la situación en Asturias del sobrepeso y de la obesidad, obteniendo información por municipio y ZBS, e incorporando el enfoque en determinantes sociales y equidad.
- Proponer actuaciones concretas para disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad a través de los activos de salud, sistema sanitario, ámbito municipal y centros educativos.

5.1.3 Objetivos y acciones en tabaco

Objetivo I.7: Reducir el consumo de tabaco.

Acciones:

- Realizar campañas de difusión del Día Mundial sin Tabaco.
- Conocer la situación actual sobre el consumo de tabaco entre nuestra población.
- Analizar los datos obtenidos en la Encuesta de Prevalencia del tabaquismo en los Centros Sanitarios libres de Tabaco que se llevó a cabo en el mes de marzo del 2023 entre el personal sanitario y no sanitario de hospitales y centros de salud de Asturias con la realización de un informe.
- Potenciar y trabajar con la Red Asturiana de Centros Sanitarios libres de humo en la organización de las Jornadas de la Red que se hacen anualmente.
- Trabajar con los Planes Municipales y los Ayuntamientos en la campaña de Playas sin Humo perteneciente a la Red Asturiana de Playas sin humo.
- Promover el desarrollo de actividades concretas dirigidas a personas fumadoras con la colaboración de los Planes Municipales, Ayuntamientos y Asociaciones Vecinales, con enfoque de género, teniendo en cuenta los patrones de consumo diferenciales y las motivaciones determinadas por el género.

- Difundir información a la población sobre el proceso de cesación tabáquica y sobre los recursos disponibles.
- Participar en el desarrollo del futuro Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo del Ministerio de Sanidad.
- Facilitar el acceso y la financiación a los tratamientos farmacológicos de apoyo a la cesación tabáquica.
- Vigilar el contenido de nicotina y otras sustancias añadidas a los nuevos productos de tabaco.
- Formar a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en consejos, técnicas y recursos para dejar de fumar, incorporando el enfoque en determinantes sociales y equidad.

5.1.4 Objetivos y acciones en consumo de bebidas alcohólicas

Objetivo 1.8: Reducir el consumo de bebidas alcohólicas.

Acciones:

- Difundir y formar a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en la Guía de Prevención del Consumo de Alcohol en la edad pediátrica, incorporando el enfoque en determinantes sociales y equidad.
- Difundir información para la sensibilización y concienciación sobre el consumo de alcohol, incidiendo en la percepción del riesgo, en especial para jóvenes y menores de edad.
- Mantener y potenciar las herramientas disponibles de información sobre el consumo de alcohol en Asturias, dentro del Observatorio de Drogas de Asturias, como ESTUDES y EDADES.
- Formar a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en prevención y detección del alcoholismo y redes de apoyo, incorporando el enfoque en determinantes sociales y equidad.
- Implementar acciones específicas, con un enfoque de promoción de la salud y de prevención, relacionadas con el consumo de alcohol a nivel comunitario.

5.1.5 Objetivos y acciones en exposición solar

Objetivo 1.9: Prevenir el Cáncer de Piel.

Acciones:

- Concienciar sobre los peligros de la sobreexposición a radiación UV en todas las edades y el correcto uso de la protección.
- Continuar con el programa de control y vigilancia de los centros de bronceado en el Principado de Asturias.

5.1.6 Objetivos y acciones en enfermedades inmunoprevenibles

Objetivo I.10: Alcanzar una cobertura vacunal frente al virus del papiloma humano (VPH) según las indicaciones establecidas en el Programa de Vacunaciones de Asturias vigente en el momento, igual o superior al 80% con el esquema completo de vacunación.

Acciones:

- Potenciar los sistemas de captación activa de población diana a la que está dirigida.
- Difundir los resultados de cobertura vacunal al personal sanitario de la CA implicado en los Programas de Vacunación y a la población general.
- Potenciar la información sobre la seguridad de la vacuna en la población.
- Hacer partícipes al personal sanitario del SESPA en el diseño de los protocolos de registro, y formarlos para impulsar la mejora en los registros de vacunaciones.

Objetivo I.11: Fomentar la vacunación no sistemática frente al VPH en los grupos de riesgo indicados.

Acciones:

- Potenciar los sistemas de captación activa de los grupos de riesgo en los que está indicada la vacunación.
- Aumentar la formación del personal sanitario del SESPA sobre vacunas en personas pertenecientes a grupos de riesgo.
- Aumentar la creación de consultas de referencia específicas sobre vacunas.

Objetivo I.12: Mejorar la cobertura vacunal frente al virus de la hepatitis B tanto sistemática (cobertura igual o superior al 95% con tres dosis en población de 12 meses de edad) como no sistemática.

Acciones:

- Potenciar los sistemas de captación activa de población diana a la que está dirigida.
- Difundir los resultados de cobertura vacunal al personal sanitario implicado y a la población general.
- Crear una cartilla de vacunación única que permita el acceso al historial vacunal de todas las personas con independencia de donde sea vacunado/a.

5.1.7 Objetivos y acciones en Hepatitis C

Objetivo I.13: Reducir la incidencia de hepatitis C en la población general y especialmente en poblaciones clave.

Acciones:

- Las establecidas en el Plan de acción para la eliminación de la Hepatitis C en Asturias.

5.1.8 Objetivos y acciones en salud ambiental

Objetivo I.14: Continuar con la vigilancia que los múltiples factores de riesgo o condicionantes ambientales pueden suponer para la población asturiana.

Acciones:

- Continuar con el desarrollo de las acciones del Plan de Asturias de Salud y Medioambiente (PASYMA).
- Realizar seguimiento de las acciones del Plan Nacional contra el Radón realizadas en Asturias.
- Colaborar con el Ministerio de Sanidad en la implementación en Asturias del primer estudio de biomonitorización humana en España.
- Continuar investigando la asociación entre contaminación atmosférica y salud.

5.1.9 Objetivos y acciones en salud laboral

Objetivo I.15: Mejorar el sistema de información y vigilancia del cáncer laboral y de los carcinógenos en el entorno laboral.

Acciones:

- Valorar la creación de una línea de trabajo que permita retomar la vigilancia en salud laboral que incluye el cáncer y sus determinantes.
- Continuar con el Mapa de Riesgo Químico en Asturias.
- Continuar con el Registro de Empresas con Riesgo de Amianto (RERA).
- Continuar con la vigilancia de la salud tanto para personas trabajadoras activas como pasivas expuestas al amianto (RETEA)
- Garantizar la continuación del Programa Integral de Vigilancia de la Salud de las Personas Trabajadoras Expuestas al Amianto (PIVISTEA).
- Mejorar la identificación y el diagnóstico de los cánceres derivados de la exposición al amianto.
- Formar a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada y Mutuas de la Seguridad Social en sospecha de cáncer de origen laboral e historia laboral, incorporando el enfoque en determinantes sociales y equidad.

Objetivo I.16: Favorecer el reconocimiento médico-legal del cáncer profesional.

Acciones:

- Mantener y reforzar el Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional (EVASCAP).
- Publicar periódicamente el informe de resultados del EVASCAP: Programa de comunicación de casos sospechosos de origen laboral.
- Agilizar los circuitos de comunicación de sospecha de cáncer de origen laboral.

- Formar a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada para mejorar los circuitos de derivación a EVASCAP/ Inspección Médica/INSS.

5.1.10 Objetivos y acciones en lactancia materna

Objetivo I.17: Protección, apoyo y promoción de la lactancia materna (LM) exclusiva hasta los 6 meses de edad y desde los 6 meses hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo/a lo deseen.

Acciones:

- Apoyar desde la administración actuaciones o líneas estratégicas que permitan la conciliación familiar real en periodo de lactancia, como la creación de salas de lactancia en los centros de trabajo.
- Apoyar el establecimiento y mantenimiento de la lactancia en las primeras horas y días después del nacimiento, así como durante otras estancias hospitalarias, incluidos ingresos por causa materna o de la criatura.
- Incrementar el número de bebés que son amamantados exclusivamente y mantienen la lactancia.
- Conseguir que todos los centros sanitarios que atienden partos en nuestra CA cuenten con políticas de apoyo a la lactancia durante los 6 primeros meses de vida.
- Asegurar acceso universal a la ayuda a la lactancia materna en cuidados antenatales y posparto.
- Proporcionar una continuidad asistencial entre la maternidad y atención primaria para apoyar LM, estableciendo mecanismos de coordinación entre los y las diferentes profesionales que atienden a la diada madre-bebé.
- Informar a las madres y a sus familias sobre la importancia de la LM y los beneficios que reporta para la salud de la madre y la criatura, atendiendo a los deseos, expectativas y necesidades de cada familia, en especial de cada madre.
- Asegurarse que las madres trabajadoras tienen la protección legal y la ayuda necesaria para amamantar exclusivamente durante los primeros seis meses del nacimiento.
- Difundir la evidencia y reconocer el valor de amamantar como una intervención para la prevención del cáncer de mama, ovario y endometrio.
- Difundir las redes de apoyo (incluidos los grupos de apoyo a la lactancia) a la lactancia existentes en nuestra CA a través del portal Astursalud y de los y las profesionales que atienden a las madres.
- Mejorar la formación pregrado, postgrado y continuada para asegurar que el personal sanitario tiene todo el conocimiento y experiencia necesaria para proteger, promocionar y apoyar la lactancia materna eficazmente.
- Reestablecer la coordinación, planificación y evaluación a nivel regional a través del Comité de Buenas Prácticas sobre Embarazo, Parto y Lactancia.

5.2 LÍNEA ESTRATÉGICA II: PREVENCIÓN SECUNDARIA

5.2.1 Objetivos y acciones en prevención secundaria

Objetivo II.1: Mejorar la cobertura anual y la participación en el programa poblacional de detección precoz de cáncer de mama.

Acciones:

- Promover acciones de sensibilización y mejora de accesibilidad de la población objetivo con el fin de incrementar la tasa de participación en el programa, adaptadas a los diferentes colectivos de mujeres con el fin de garantizar la equidad en el acceso.
- Evaluar las innovaciones tecnológicas en relación con los programas de cribado que aparezcan en el mercado y su posible incorporación al programa, especialmente la IA aplicada a la lectura de mamografías de cribado.

Objetivo II.2: Implementación del programa de detección del cáncer de cuello de útero.

Acciones:

- Realizar la transición del cribado oportunista al cribado organizado de carácter poblacional antes del 2024 con el objetivo de que se haya alcanzado una cobertura de invitación total antes del año 2029.
- Valorar realizar estrategias de sensibilización destinadas a colectivos de mujeres de mayor riesgo para el desarrollo de este tipo de cáncer.

Objetivo II.3: Mejorar la cobertura anual y la participación en el programa poblacional de detección precoz de cáncer de colon-recto.

Acciones:

- Promover acciones de sensibilización y mejora de accesibilidad de la población objetivo con el fin de incrementar la tasa de participación en el programa.
- Evaluar las innovaciones tecnológicas en relación con los programas de cribado que aparezcan en el mercado y su posible incorporación al programa.

Objetivo II.4: Evaluación de los programas de cribado poblacional.

Acciones:

- Contar con un sistema de información que permita la evolución en tiempo y forma de los programa de cribado.
- Elaboración y publicación de un informe anual de evaluación de los diferentes programas de cribado.

Objetivo II.5: Establecer el diagnóstico precoz del VHC en poblaciones prioritarias a través del cribando.

Acciones:

- Las indicaciones propuestas en el Plan de acción para la eliminación de la Hepatitis C en Asturias, basadas en la Guía de cribado de la infección por VHC del PEAHC.

Objetivo II.6: Implementación del proyecto piloto nacional del cribado del cáncer de pulmón con desarrollado en el Área Sanitaria III y coordinado por el Hospital San Agustín de Avilés.

Acciones:

- Medir la eficacia de un escáner de baja dosis de radiación, para la detección precoz de la enfermedad en fumadores de larga duración y exfumadores, lo que favorecería la reducción de la mortalidad.
- Crear un registro nacional con datos epidemiológicos y resultados del cribado, además de un banco de imágenes en red que proporcionen la evidencia científica para decidir la integración del cribado del cáncer de pulmón en la cartera del Sistema Nacional de Salud si los resultados del estudio así lo aconsejan.

Objetivo II.7: Participar en el análisis para la introducción de nuevos programas de cribado de cáncer, a través de la Ponencia de Cribados de la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

Acciones:

- Identificar los beneficios y los efectos adversos por grupo de edad y sexo.
- Revisión sistemática de la evidencia científica para poder recomendar su implantación.
- Coordinación con el Ministerio y las demás CCAA para evaluar y definir la pertinencia de nuevos cribados de cáncer.

Objetivo II.8: Mejorar la formación del personal de Atención Primaria (AP) en los Programas de Cribado Poblacional del Cáncer y sus indicaciones.

Acciones:

- Establecer planes divulgativos entre el personal sanitario de la ineficiencia (y efectos de sobrediagnóstico) de la realización, en población asintomática, de pruebas de detección precoz de cáncer sobre las que no existe evidencia.

Objetivo II.9: Potenciar el acceso a la Unidad de Cáncer Familiar del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) de las personas con sospecha de un posible síndrome de predisposición hereditaria al cáncer.

Acciones:

- Difusión entre los y las profesionales y la población general de la existencia de la Unidad de Cáncer Familiar del HUCA.
- Actualización de la Guía de Consejo Genético en Cáncer para los y las profesionales de la salud en función de la incorporación de nuevos síndromes que cuenten con evidencia científica.
- Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, para mejorar la sospecha diagnóstica de cáncer hereditario y los circuitos de derivación.

5.3 LÍNEA ESTRATÉGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

5.3.1 Objetivos y acciones en el modelo asistencial

Objetivo III.1: Creación de Unidades Asistenciales Multidisciplinares (atención primaria, atención hospitalaria, servicios de urgencias hospitalarias, geriatría, psicología, cuidados paliativos, trabajo social, asociaciones de pacientes) para la atención del paciente con cáncer en Asturias en la edad adulta.

Acciones:

- Definir su composición, responsabilidades de cada uno de sus integrantes y localización de cada unidad asistencial para cada Área Sanitaria del Principado de Asturias.
- Potenciar la actuación de la Atención Primaria dentro de la red asistencial como el eje vertebrador con capacidad de coordinar las múltiples acciones y asistencias que recaen sobre la persona.
- Potenciar el papel del profesional de enfermería como enlace o gestor/a de caso con el fin de facilitar y asegurar la comunicación y/o coordinación entre los y las diferentes profesionales durante el proceso y del paciente con el sistema sanitario.
- Elaboración y publicación de protocolos de actuación clínica y circuitos de derivación para los cánceres más frecuentes, especialmente mama, colon-recto, pulmón, próstata, ovario, vejiga urinaria, hematológicos y melanoma.
- Evaluar la pertinencia y viabilidad de la creación de más Unidades de hospitalización a domicilio.
- Disponer de procedimientos y circuitos para incluir a las y los y las pacientes en los ensayos clínicos.
- Consensuar el proceso de información al paciente y familiares, teniendo siempre presente que debe ser personalizado en cada caso.

Objetivo III.2: Centralización de tratamientos complejos y/o tumores de baja incidencia.

Acciones:

- Creación de Unidades de Referencia Autonómicas, para la atención al cáncer, tumores raros y procedimientos de alta complejidad, que garantice el acceso a recursos idóneos y la continuidad asistencial de cada paciente (atención primaria, atención hospitalaria regional, centro de referencia autonómico, CSUR y red de referencia europea).
- Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en tumores de baja incidencia y tratamientos complejos y sus circuitos asistenciales.

5.3.2 Objetivos y acciones en diagnóstico y tratamiento del cáncer

Objetivo III.3: Mejorar la sospecha diagnóstica implementando un programa de Diagnóstico Rápido de Cáncer, para poder cumplir las recomendaciones establecidas en la Estrategia en Cáncer del SNS.

Acciones:

- Establecer canales de diagnóstico rápido entre el nivel de AP y AH ante signos o síntomas de sospecha de patología oncológica de los tipos tumorales más frecuentes, especialmente mama, colon-recto, pulmón, próstata, ovario, vejiga urinaria, hematológicos y melanoma.
- Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, para mejorar la sospecha diagnóstica de los tumores más prevalentes y circuitos de derivación.
- Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en detección precoz de lesiones susceptibles de ser cancerosas utilizando los medios a su alcance como la Dermatoscopia.
- Fomentar los mecanismos de control de calidad en el diagnóstico por Anatomía Patológica de los tumores, promoviendo la participación de los servicios de Anatomía Patológica en la norma ISO. Aprender de los errores que se hayan detectado y no hayan podido solventarse en los servicios que ya están certificados.
- Incorporar la biopsia líquida y líneas de genotipado de tumores que permitan detectar la frecuencia y penetrancia de variaciones genéticas que aumenten la susceptibilidad a determinados tipos de cáncer en la población asturiana.
- Implementar un sistema de doble lectura de prueba de diagnóstico de AP en tumores raros, realizado por un patólogo experto de un centro de referencia designado.
- Creación de un grupo de expertos para desarrollar, dentro de la cartera de servicios, de un programa de diagnóstico molecular que asegure el acceso al panel de biomarcadores con implicaciones terapéuticas de calidad, basado en la mejor experiencia clínica, posibilitando la evaluación de su calidad y disponiendo de la tecnología actualizada.

Objetivo III.4: Disminuir el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer (incluyendo el estudio de extensión y el estudio patológico completo) hasta el inicio efectivo del tratamiento para poder cumplir las recomendaciones establecidas en la Estrategia en Cáncer del SNS.

Acciones:

- Creación de redes asistenciales multidisciplinares, con la figura de gestor/a de casos que facilite el cumplimiento de estas recomendaciones.
- Dotar a los Servicios implicados de los recursos (humanos y materiales) necesarios.

Objetivo III.5: Promover el conocimiento y las habilidades de relación y de comunicación de los y las profesionales asistenciales con los y las pacientes para la toma de decisiones compartidas.

Acciones:

- Formación dirigida a los y las profesionales que atienden a personas con cáncer y sus familiares en herramientas y habilidades de comunicación, gestión emocional y manejo de situaciones de crisis y estresantes.
- Facilitar y/o estimular la colaboración entre las diferentes sociedades científicas y asociaciones de pacientes implicadas en la formación de personas con cáncer y sus familiares.
- Mantener en los planes de formación transversal de la formación sanitaria especializada, formación en habilidades de relación y de comunicación de los y las profesionales asistenciales con los y las pacientes.

Objetivo III.6: Mejorar la detección precoz del malestar emocional (distress) entre pacientes, familiares y cuidadores.

Acciones:

- Seleccionar la herramienta estandarizada más adecuada para la detección precoz de malestar emocional e incluirla en la historia clínica.
- Desarrollar la ACCIÓN 3.2.2.1. del Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030, impulsando los programas de intervención y apoyo para personas con enfermedades que implican importante afectación en la esfera mental y/o comportamental, incluyendo, en su caso, la atención a las familias.

Objetivo III.7: Promover la derivación a las Unidades de Reproducción Humana.

Acciones:

- Establecer protocolos de derivación a las citadas unidades para el asesoramiento en relación con la preservación de la fecundidad en pacientes en edad fértil y con deseos de tener descendencia.

5.3.3 Objetivos y acciones en seguridad del paciente

Objetivo III.8: Evaluar la seguridad del paciente con cáncer de manera transversal a lo largo de todo el proceso.

Acciones:

- Definir el mapa de riesgos en cada proceso oncológico prestando especial atención a la emisión de un diagnóstico correcto, describir los procedimientos clínicos más inseguros dentro de todo el proceso y diseñar proactivamente un paquete de medidas que posibiliten disminuir el riesgo.
- Promover el uso de procedimientos operativos estándar validados y consensuados por los profesionales implicados.
- Aplicar procedimientos operativos estándar y establecer canales claros de comunicación con los distintos proveedores de servicios de salud a lo largo de la transición asistencial.

- Fomentar la Farmacovigilancia, a través de las notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM) y del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), para así poder detectar los errores y daños relacionados con la atención prestada durante el proceso y específicamente con la medicación que permita investigar sus causas profundas y tomar las medidas oportunas para garantizar que se concede prioridad al aprendizaje posterior.
- Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en Seguridad del Paciente Oncológico y gestión del riesgo en todos los procedimientos, actividades y/o componentes del proceso comenzando por asegurar un diagnóstico correcto en el momento adecuado
- Establecer mecanismos para que los pacientes y las familias diseñen conjuntamente con los profesionales sanitarios procesos de atención más seguros.
- Concienciar sobre los riesgos de la medicación empleada y aplicar prácticas de seguridad en su prescripción, almacenamiento, dispensación, preparación y administración
- Reforzar los programas de seguridad de dispositivos médicos, sangre y productos sanguíneos, vacunas y otros productos médicos desde su producción, almacenamiento y suministro hasta su uso en el hospital, el dispensario o la comunidad.

5.3.4 Objetivos y acciones en seguimiento y calidad de vida

Objetivo III.9: Proporcionar una atención socio-sanitaria protocolizada a las personas enfermas de cáncer y su entorno, según sus necesidades.

Acciones:

- Establecer junto al paciente y/o familiares un plan individualizado que contemple entre otras acciones:
 - Derechos que le corresponden.
 - Recursos a los que puede acceder.
 - Reconocimientos a efectos de discapacidad, incapacidad permanente, dependencia, etc.
 - Reinserción laboral, con adaptación del puesto y condiciones de trabajo en aquellos casos que lo precisen en colaboración con los Servicios de Riesgos Laborales.
 - Formación y desempleo.

Objetivo III.10: Establecer un Plan Individualizado de Seguimiento tanto en los casos de cáncer activo como en los largos supervivientes (pacientes que han sobrevivido, sin enfermedad observable, que ya no reciben tratamiento, y que al menos ha transcurrido un periodo de cinco años desde el diagnóstico), siempre consensuado con el paciente, favoreciendo las decisiones compartidas, impulsando los medios necesarios para que dicho Plan sea conocido por todos los y las profesionales al cuidado de la persona.

Acciones:

- Definir el contenido y alcance del Plan Individualizado de Seguimiento del Paciente con Cáncer.
- Evaluar la pertinencia y viabilidad de la creación de un mapa de asociaciones y recursos para las personas enfermas de cáncer y sus familias en Asturias, de forma participativa, vinculado al Convenio con la AECC, y su difusión a través de mapa de activos del Observatorio de Salud del Principado de Asturias.
- Potenciar el programa “Cuidándome después del cáncer” de la Escuela Asturiana de Cuidados”

5.3.5 Objetivos y acciones en cuidados paliativos y prestación de eutanasia

Objetivo III.11: Cumplir los objetivos de la estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias 2023-2030.

Acciones:

- Las propias de la Estrategia de Cuidados Paliativos.

Objetivo III.12: Proporcionar información necesaria sobre la prestación de la eutanasia y explorar el deseo anticipatorio de la muerte del paciente, si procede.

Acciones:

- Formación y actualización de los y las profesionales sanitarios en prestación de la ayuda a morir de la eutanasia.
- Difundir información dirigida a la población general, sobre la prestación de la eutanasia en nuestra CA.

5.3.6 Objetivos y acciones en atención sanitaria al cáncer en la infancia y adolescencia

La atención al cáncer en la edad infantil y en la adolescencia es una de las prioridades establecidas en la Estrategia en Cáncer del SNS. En Asturias se dispone de un Comité de Tumores vinculado al HUCA, donde se valoran y gestionan los cánceres detectados en estas edades, por lo que la atención sanitaria que ya se facilita en nuestra CA incorpora gran parte de los criterios de calidad y transversalidad que se fijan en la Estrategia del SNS. Sin embargo es preciso definir redes asistenciales y protocolos de actuación de acuerdo con las recomendaciones que señala dicha Estrategia, por lo que se hace necesario la constitución de un órgano autonómico de coordinación y de una estructura asistencial adaptada a esos requerimientos.

Objetivo III.13: Creación de un organismo autonómico con el objetivo de facilitar una atención integral a las personas enfermas de cáncer en la infancia y la adolescencia.

Acciones:

- Constitución del Comité Autonómico de Coordinación Asistencial del cáncer infantil y de la adolescencia del Principado de Asturias, estableciendo sus objetivos, funciones y reglamento de funcionamiento.

Objetivo III.14: Asegurar la mejor atención sanitaria posible al cáncer infantil y de la adolescencia, implantando las recomendaciones de CISNS de 2018.

Acciones:

- Designación de la Unidad de Oncohematología Pediátrica en Asturias, definiendo su composición, sus funciones y la coordinación de la red asistencial en el conjunto del territorio.
- Constitución de la Comisión de Protonterapia dentro del propio Comité, como órgano de valoración y decisión del uso de esta técnica.
- Definir los protocolos y criterios de la derivación a los CSUR a otras CC.AA y el acceso a proyectos de investigación.

5.4 LÍNEA ESTRATÉGICA IV: SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL CÁNCER EN ASTURIAS

5.4.1 Objetivos y acciones en sistemas de información

En relación con el cáncer, se considera necesario disponer de una herramienta capaz de aportar información periódica, rigurosa, actualizada y útil a los diferentes estamentos, profesionales y ciudadanía implicados en promover la prevención, la investigación y la mejora de la calidad del proceso de atención al cáncer en Asturias a lo largo de todas sus etapas desde la prevención hasta los cuidados paliativos.

Objetivo IV: Crear el Sistema de Información Oncológica para Asturias (SINOPA), integrando en una única plataforma los datos más relevantes que se originan a lo largo de todo el proceso de vigilancia y atención al cáncer en Asturias.

Acciones:

- Diseño funcional y modular de un sistema que permita integrar progresivamente los datos clínico-epidemiológicos relevantes procedentes de diferentes fuentes (SIPRES, Registro de Tumores Poblacional y Hospitalario, Registro de mortalidad de Asturias, Anatomía Patológica, CMBD, CMA, programas de cribado de cáncer, tratamientos de radioterapia, primeras consultas de oncología, consultas de hematología oncológica, laboratorios de medicina nuclear, citogenética, genética molecular, citometría de flujo y biomarcadores del cáncer, consultas de cáncer hereditario, farmacia oncológica (quimioterapia, inmunoterapia, hormonoterapia), unidades de cuidados paliativos, atención primaria (factores de riesgo, sintomatología, resultados de test diagnósticos y demoras de acceso).
- Crear una unidad multidisciplinar de profesionales dedicados de forma estable y continuada a los siguientes cometidos:
 - Captura automatizada de datos a partir de las diversas fuentes.
 - Verificación de la correcta codificación e incorporación de datos al sistema.
 - Realización de controles de calidad de los datos integrados.
 - Promover sistemas automatizados de depuración, control y codificación de datos.
 - Generar explotaciones estadísticas periódicas que permitan mantener actualizada la web del SINOPA con los principales indicadores obtenidos del sistema.
 - Formación inicial y continuada de personal encargado de la entrada y la codificación de datos en origen en colaboración con el IAAP Adolfo Posada.
- Definir los contenidos básicos de la información sobre la situación epidemiológica y del proceso de atención al cáncer que se pondrá a disposición de los diferentes niveles y perfiles de usuarios y usuarias (ciudadanía, asociaciones de pacientes, personas responsables de la gestión sanitaria y los y las profesionales de salud) través de la web de Astursalud y del OBSA.

- Definir los lotes de datos del SINOPA que serán accesibles para proyectos de investigación así como las condiciones de acceso a esos datos.
- Conectar el SINOPA con los diferentes organismos internacionales encargados de la vigilancia y la investigación del cáncer para aumentar la potencia de estudios internacionales de investigación en cáncer.

Objetivo V: Apoyar la incorporación de aquellas tecnologías emergentes que hayan demostrado su capacidad de mejorar la información destinada al tratamiento del cáncer.

Acciones:

- Incorporar la patología digital a los laboratorios de anatomía patológica y generar bancos de datos de imágenes TAC, PET-TAC, RMN de tumores a fin de investigar procesos de ayuda al diagnóstico basados en inteligencia artificial.
- Incorporar la biopsia líquida y líneas de genotipado de tumores que permitan detectar la frecuencia y penetrancia de variaciones genéticas que aumenten la susceptibilidad a determinados tipos de cáncer en la población asturiana.

5.5 LÍNEA ESTRATÉGICA V: INVESTIGACIÓN EN CÁNCER

5.5.1 Objetivos y acciones en investigación

Objetivo VI: Colaborar e impulsar proyectos de investigación a nivel autonómico, nacional y europeo, incorporando la perspectiva de género en la investigación, desagregando los datos por sexo, atendiendo a diferentes exposiciones y efectos de los tratamientos.

Acciones:

- Evaluar la pertinencia y viabilidad de la realización de un mapa sobre grupos, Áreas e infraestructuras disponibles para la investigación en cáncer en el Principado de Asturias.
- Colaborar con la Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria de Asturias (FINBA) en proyectos de investigación relacionados con el cáncer.
- Colaborar con la Universidad de Oviedo en proyectos de investigación relacionados con el cáncer.
- Fomentar el aumento de los fondos destinados a la investigación en cáncer en nuestra CA.
- Evaluar la pertinencia y viabilidad de la elaboración de un Plan Autonómico de formación de postgrado en investigación en cáncer para los y las profesionales sanitarios pertenecientes al SNS.

5.6 LÍNEA ESTRATÉGICA VI: FORMACIÓN Y DOCENCIA

5.6.1 Objetivos y acciones en formación y docencia

Objetivo VII: Desarrollar un plan de acción formativa que integre a todos los y las profesionales sanitarios y no sanitarios implicados en la asistencia al paciente con cáncer en Asturias e incluya todas las áreas de interés para la Estrategia.

Acciones:

- Formación continua a los y las profesionales de salud incluyendo el personal de formación sanitaria especializada, que tenga en cuenta los siguientes ámbitos estratégicos:
 - Prevención primaria del cáncer.
 - Nutrición y alimentación saludable.
 - Consejo y prescripción de ejercicio para la salud.
 - Consejos, técnicas y recursos para dejar de fumar.
 - Seguridad del paciente con cáncer.
 - Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.
 - Perspectiva de género en el cáncer.
 - Sospecha del cáncer de origen laboral y cumplimentación de la historia laboral del paciente.
 - En el ámbito de la AP: Diagnósticos de sospecha de los cánceres más prevalentes y circuitos de derivación rápida.
 - En el ámbito de la AH: Sospecha diagnóstica de cáncer hereditario y los circuitos de derivación, tumores de baja incidencia y tratamientos complejos y sus circuitos asistenciales.
 - Mejora en habilidades de relación y de comunicación con pacientes.
 - Elaborar un plan de formación anual en cuidados paliativos en población adulta y pediátrica, impartida por un equipo multidisciplinar de formadores en todos los ámbitos asistenciales.
 - Prestación de la eutanasia.
 - Cumplimentación correcta del certificado de defunción.
 - Codificación correcta CIE.

6 EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Se hace necesario la obtención de toda aquella información (cumpliendo con la normativa vigente), que permita la extracción de datos de la manera más automática posible para la elaboración de los indicadores que se establecen en esta Estrategia, incluidos muchos de ellos en la evaluación de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Al mismo tiempo que se desarrollan las acciones incluidas en esta Estrategia, al ser una más entre ellas, se desarrollará el SINOPA como futura herramienta de evaluación.

Según recoge la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud y en función del artículo 27, de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, se explicita que “la obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria”.

Conforme a lo anteriormente expuesto, en las fichas de indicadores de esta Estrategia se presentan los datos desagregados por sexo, en aquellos casos en que actualmente es posible.

6.1 FICHAS DE INDICADORES POR LÍNEA DE ACTUACIÓN

6.1.1 Línea de actuación I: Promoción de la salud y prevención primaria

OBJETIVO I.1:

Incorporar enfoques de determinantes sociales y equidad, salutogénico y de activos, intersectorialidad, acción comunitaria y participación comunitaria de manera transversal en todas las fases de los procesos

INDICADOR Nº I.1.1

Nombre del indicador	Orientar procesos intersectoriales a nivel local hacia generación de entornos saludables.
Fórmula o sistema de medida	Número de procesos intersectoriales a nivel local que incorporan entornos saludables
Nivel de desagregación	Municipal
Fuente de datos	Consejería de Salud / Ayuntamientos / FACC
Estándar orientativo	Aumento anual

INDICADOR Nº I.1.2

Nombre del indicador	Utilización de técnicas cualitativas y cuantitativas participativas
Fórmula o sistema de medida	Nº de proyectos vinculados a la Estrategia que utilizan técnicas participativas
Nivel de desagregación	Proyecto
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR Nº I.1.3

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Hospitalaria, responsable de líneas y proyectos vinculados en los diversos enfoques
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación realizados
Nivel de desagregación	Tipo de profesional, Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO I.1:

Incorporar enfoques de determinantes sociales y equidad, salutogénico y de activos, intersectorialidad, acción comunitaria y participación comunitaria de manera transversal en todas las fases de los procesos

INDICADOR Nº I.1.4

Nombre del indicador	Participación de ciudadanía en todas las fases de los procesos / proyectos
Fórmula o sistema de medida	Nº de proyectos vinculados a la Estrategia en los que ha participado la ciudadanía en todas sus fases
Nivel de desagregación	Proyecto
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR Nº I.1.5

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, responsable de líneas y proyectos vinculados en Promoción de la salud
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación realizados
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO I.2:

Favorecer conductas y estilos de vida saludables entre la población a lo largo de todas las etapas de la vida, incorporando el enfoque de género con estrategias diferenciadas según los patrones de consumo y hábitos determinados por el género.

INDICADOR Nº I.2.1

Nombre del indicador	Difundir el código europeo contra el cáncer
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Al menos una campaña de difusión al año

INDICADOR Nº I.2.2

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en prevención primaria del cáncer
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación sobre prevención primaria del cáncer
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

INDICADOR Nº I.2.3

Nombre del indicador	Programa “Cuidando Activamente mi salud” de la Escuela Asturiana de Cuidados.
Fórmula o sistema de medida	Nº de actividades desarrolladas
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Reporte anual de actividades relacionadas con la promoción de la salud y prevención primaria del cáncer

OBJETIVO I.2:

Favorecer conductas y estilos de vida saludables entre la población a lo largo de todas las etapas de la vida, incorporando el enfoque de género con estrategias diferenciadas según los patrones de consumo y hábitos determinados por el género.

INDICADOR N° I.2.4

Nombre del indicador	Acción local en salud
Fórmula o sistema de medida	Nº de actividades desarrolladas
Nivel de desagregación	Ayuntamientos del Principado de Asturias/Concejos
Fuente de datos	Ayuntamientos/Consejería de Salud
Estándar orientativo	Reporte anual de actividades relacionadas con la promoción de la salud y prevención primaria del cáncer

INDICADOR N° I.2.5

Nombre del indicador	Educación y Promoción de la Salud en la Escuela (EPS)
Fórmula o sistema de medida	Nº de actividades desarrolladas
Nivel de desagregación	Centros Escolares
Fuente de datos	Consejería de Educación
Estándar orientativo	Reporte anual de actividades relacionadas con la promoción de la salud y prevención primaria del cáncer

INDICADOR N° I.2.6

Nombre del indicador	Desarrollo de acciones en el ámbito de las empresas
Fórmula o sistema de medida	Nº de actividades desarrolladas
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud/IAPRL/SPRL/FADE
Estándar orientativo	Reporte anual de actividades relacionadas con la promoción de la salud y prevención primaria del cáncer

INDICADOR N° I.2.7

Nombre del indicador	Proyecto IDEAHL
Fórmula o sistema de medida	Nº de actividades desarrolladas
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Reporte anual de actividades relacionadas con la alfabetización sanitaria en el paciente enfermo de cáncer.

OBJETIVO I.3:

Mejorar el bienestar emocional de la población asturiana para abordar los factores vinculados al estrés, el cual propicia cambios en los estilos de vida saludables.

INDICADOR Nº I.3.1

Nombre del indicador	Implementación el Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030
Fórmula o sistema de medida	Porcentajes de implantación de las diferentes acciones en cada ejercicio
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	100% de implantación en cada ejercicio

INDICADOR Nº I.3.2

Nombre del indicador	Elaboración e implementación de la Estrategia de Bienestar Emocional de Infancia, Adolescencia y Juventud de Asturias.
Fórmula o sistema de medida	Porcentajes de implantación de las diferentes acciones en cada ejercicio
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA/Consejería de Educación
Estándar orientativo	Estrategia elaborada y el 100% de implantación en cada ejercicio

INDICADOR Nº I.3.3

Nombre del indicador	Programa “Cuidando mi bienestar emocional” de la Escuela Asturiana de Cuidados.
Fórmula o sistema de medida	Nº de actividades desarrolladas
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Reporte anual de actividades relacionadas con el bienestar emocional en el paciente enfermo de cáncer

OBJETIVO I.4:

Promover una alimentación saludable en todas las edades de la vida.

INDICADOR Nº I.4.1

Nombre del indicador	Difusión de información sobre alimentación saludable para impulsar su consumo en aquella población con mayores desigualdades en salud y en todas las edades de la vida.
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, grupos de edad y sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Al menos una campaña de difusión al año

INDICADOR Nº I.4.2

Nombre del indicador	Evaluación del Programa 16- del Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2021-2025
Fórmula o sistema de medida	A establecer por la Agencia de Seguridad Alimentaria, Sanidad Ambiental y Consumo.
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, grupos de edad y sexo
Fuente de datos	Agencia
Estándar orientativo	Estándar a establecer

INDICADOR Nº I.4.3

Nombre del indicador	Porcentaje de la población asturiana que consume frutas y verduras 5 veces al día
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas que declara consumir frutas y verduras 5 veces al día en la encuesta b= Población total que realiza la encuesta
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, grupos de edad y sexo
Fuente de datos	ESA, ESIA
Estándar orientativo	Estándar a establecer

INDICADOR Nº I.4.4

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en nutrición y alimentación saludable
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en nutrición y alimentación saludable
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO I.5:

Reducir la inactividad física y el sedentarismo.

INDICADOR Nº I.5.1

Nombre del indicador	Prevalencia de inactividad física en la población asturiana ≥ 18 años
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas ≥ 18 años que no alcanzan las recomendaciones actuales de actividad física b= Población ≥ 18 años encuestada
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, grupos de edad y sexo
Fuente de datos	ESA
Estándar orientativo	Estándar a establecer

INDICADOR Nº I.5.2

Nombre del indicador	Prevalencia de inactividad física en la población asturiana 2-17 años
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas 2-17 años que no alcanzan las recomendaciones actuales de actividad física b= Población 2-17 años encuestada
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, grupos de edad y sexo
Fuente de datos	ESIA
Estándar orientativo	Estándar a establecer

INDICADOR Nº I.5.3

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en consejo sobre actividad física y prescripción de ejercicio físico para la salud.
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en consejo sobre la actividad física y prescripción de ejercicio para la salud
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO I.6:

Disminuir el sobrepeso y la obesidad.

INDICADOR Nº I.6.1

Nombre del indicador	Prevalencia del sobrepeso/obesidad en población asturiana ≥ 18 años
Fórmula o sistema de medida	$a = \text{Nº de personas } \geq 18 \text{ años que presenta un IMC } \geq 25 \text{ (sobrepeso) / IMC } \geq 30 \text{ (obesidad)}$ $b = \text{Población } \geq 18 \text{ años encuestada}$
Explicación de términos	El índice de masa corporal se calcula a partir del peso y la talla declarados en la encuesta mediante la siguiente fórmula: Fórmula: peso (kg) / [estatura (m)] ² .
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, grupos de edad y sexo
Fuente de datos	ESA
Estándar orientativo	Disminuir en un ¿? % el sobrepeso/obesidad en la población ≥ 18 años

INDICADOR Nº I.6.2

Nombre del indicador	Prevalencia del sobrepeso/obesidad en población asturiana 2-17 años
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b) * 100$ $a = \text{Nº de personas 2-17 años con un percentil 85-95 (sobrepeso) / } > 95 \text{ (obesidad) o superior en tablas estudio semilongitudinal de Orbeagozo}$ $b = \text{Población 2-17 años encuestada}$
Explicación de términos	El índice de masa corporal se calcula a partir del peso y la talla declarados en la encuesta.
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, grupos de edad y sexo
Fuente de datos	ESIA, ESA
Estándar orientativo	Disminuir en un ¿? % el sobrepeso/obesidad en la población 2-17 años

INDICADOR Nº I.6.3

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en alimentación y nutrición saludable
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en alimentación y nutrición saludable
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO I.7:

Reducir el consumo de tabaco (se actualizarán cuando sea oficial el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo del Ministerio de Sanidad)

INDICADOR Nº I.7.1

Nombre del indicador	Prevalencia del consumo de tabaco diario y ocasional en población asturiana
Fórmula o sistema de medida	Fumadores diarios: • Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de personas que se declaran ser fumadoras en la encuesta b=Nº de personas que realizan la encuesta Fumadores ocasionales: • Fórmula: $(c / b) * 100$ c=Nº de personas que se declaran ser fumadores ocasionales en la encuesta b=Nº de personas que realizan la encuesta
Explicación de términos	Fumador diario: persona que declara consumir tabaco a diario, independientemente del tipo y de la cuantía de dicho consumo. Fumador ocasional: persona que declara consumir tabaco pero no a diario, independientemente del tipo y de la cuantía de dicho consumo.
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, grupos de edad y sexo
Fuente de datos	ESA, ESTUDES, EDADES
Estándar orientativo	Disminuir en un --% el consumo diario de tabaco y en un ¿? % el consumo ocasional

INDICADOR Nº I.7.2

Nombre del indicador	Realización de las Jornadas de la Red Asturiana de Centros Sanitarios libres de tabaco
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Anual

INDICADOR Nº I.7.3

Nombre del indicador	Aumento del nº de playas adheridas a la iniciativa <i>playas sin humo</i>
Fórmula o sistema de medida	Evolución anual del número de playas adheridas a la iniciativa <i>playas sin humo</i>
Nivel de desagregación	Concejo, CA
Fuente de datos	Consejería de Salud/Ayuntamientos
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

OBJETIVO I.7:

Reducir el consumo de tabaco (se actualizarán cuando sea oficial el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo del Ministerio de Sanidad).

INDICADOR Nº I.7.4

Nombre del indicador	Prevalencia de fumadores con tratamiento farmacológico financiado por el SNS para la cesación tabáquica
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de fumadores con tratamiento farmacológico de apoyo a la cesación b=Nº de fumadores en programa de cesación tabáquica
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, grupos de edad, sexo y clase social basada en la ocupación de la persona
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR Nº I.7.5

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en consejos, técnicas y recursos para dejar de fumar
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en consejos, técnicas y recursos para dejar de fumar
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO I.8:

Reducir el consumo de bebidas alcohólicas.

INDICADOR Nº I.8.1

Nombre del indicador	Prevalencia de consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo en personas adultas
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b) * 100$ a= Número personas de 15 y más años que declaran un consumo de alcohol en cantidades consideradas por encima de los límites de bajo riesgo b= Población de 15 y más años encuestada
Explicación de términos	Considerando las diferencias fisiológicas y la capacidad de metabolizar el alcohol entre hombres y mujeres, el límite de bajo riesgo se sitúa en un máximo de 20 g/día (2 UBEs) para hombres y 10 g/día (1 UBE) para mujeres, asumiendo que no hay un riesgo cero. UBE= Unidad de Bebida Estándar en España se considera 10 gr de etanol puro
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, grupos de edad, sexo y clase social basada en la ocupación de la persona
Fuente de datos	ESA, ESTUDES, EDADES
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR Nº I.8.2

Nombre del indicador	Informe anual del Observatorio sobre drogas y adicción a las bebidas alcohólicas del Principado de Asturias
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Concejo, Área Sanitaria, CA por grupos de edad y sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Anual

INDICADOR Nº I.8.3

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en prevención y detección del alcoholismo y redes de apoyo
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en prevención y detección del alcoholismo y redes de apoyo
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO I.9:

Prevención del cáncer de piel.

INDICADOR Nº I.9.1

Nombre del indicador	Realización de campañas de difusión en prevención del cáncer de piel
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Población	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Al menos una campaña de difusión al año
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA

OBJETIVO I.10:

Alcanzar una cobertura vacunal frente al virus del papiloma humano (VPH) según las indicaciones establecidas en el Programa de Vacunaciones de Asturias vigente en el momento, igual o superior al 80% con el esquema completo de vacunación.

INDICADOR Nº I.10

Nombre del indicador	Cobertura de vacunación VPH sistemática
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b) * 100$ a=Nº de población objetivo establecida en Programa de Vacunaciones de Asturias con pauta completa b=Total población objetivo establecida en Programa de Vacunaciones de Asturias
Explicación de términos	El esquema completo de vacunación requiere la administración de 3 dosis frente al VPH
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Cobertura $\geq 80\%$

OBJETIVO I.11:

Fomentar la cobertura de vacunación no sistemática frente al VPH en los grupos de riesgo indicados.

INDICADOR Nº I.11

Nombre del indicador	Cobertura de vacunación VPH no sistemática
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b) * 100$ a=Nº de personas vacunadas con pauta completa b=Total población con indicación de vacunación no sistemática atendidas en el sistema sanitario
Explicación de términos	El esquema completo de vacunación requiere la administración de 3 dosis frente al VPH
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

OBJETIVO I.12:

Mejorar la cobertura vacunal frente al virus de la hepatitis B tanto sistemática (cobertura igual o superior al 95% con tres dosis en población de 12 meses de edad) y no sistemática.

INDICADOR Nº I.12

Nombre del indicador	Cobertura de vacunación VHB
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de niños y niñas de 12 meses de edad vacunados con tres dosis frente al VHB b= Población total de niños y niñas de 12 meses de edad
Explicación de términos	El esquema completo de vacunación requiere la administración de 3 dosis frente al VHB
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Cobertura $\geq 95\%$

OBJETIVO I.13:

Reducir la incidencia de hepatitis C en la población general y especialmente en poblaciones clave.

INDICADOR Nº I.13

Nombre del indicador	Evaluación anual del Plan de Acción para la eliminación de la Hepatitis C
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Concejo, Área Sanitaria, CA, grupos de edad y sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación Anual

OBJETIVO I.14:

Continuar con la vigilancia que los múltiples factores de riesgo o condicionantes ambientales pueden suponer para la población asturiana.

INDICADOR Nº I.14.1

Nombre del indicador	Seguimiento anual del Plan de Asturias de Salud y Medioambiente (PASYMA) mediante indicadores
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Concejo, Área Sanitaria, CA, grupos de edad y sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Anual

INDICADOR Nº I.14.2

Nombre del indicador	Seguimiento del Plan Nacional contra el radón realizadas en Asturias
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Concejo, Área Sanitaria, CA, grupos de edad y sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Anual

INDICADOR Nº I.14.3

Nombre del indicador	Seguimiento del estudio de biomonitorización humana en Asturias
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Concejo, Área Sanitaria, CA, grupos de edad y sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Anual

INDICADOR Nº I.14.4

Nombre del indicador	Seguimiento de la investigación sobre contaminación atmosférica y salud en Asturias
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Concejo, Área Sanitaria, CA, grupos de edad y sexo

Fuente de datos

Consejería de Salud

Estándar orientativo

Anual

OBJETIVO I.15:

Mejorar el sistema de información y vigilancia del cáncer laboral y de los carcinógenos en el entorno laboral.

INDICADOR Nº I.15.1

Nombre del indicador	Creación de una línea de trabajo que permita retomar la vigilancia en salud laboral que incluye el cáncer y sus determinantes
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (Si/No)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA, grupo de edad, sexo
Fuente de datos	A establecer
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR Nº I.15.2

Nombre del indicador	Trabajadores/as expuestos al amianto incluidos en el Registro de trabajadores/as expuestos/as al amianto (RETEA)
Fórmula o sistema de medida	Nº de trabajadores/as expuestos al amianto incluidos en el RETEA
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA, grupo de edad, sexo
Fuente de datos	IAPRL
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR Nº I.15.3

Nombre del indicador	Trabajadores/as expuestos al amianto incluidos en el RETEA seguidos en el Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos al Amianto (PIVISTEA)
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de trabajadores/as expuestos al amianto seguidos en el PIVISTEA b=Nº de trabajadores/as expuestos al amianto incluidos en el RETEA
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA, grupo de edad, sexo
Fuente de datos	IAPRL/PIVISTEA
Estándar orientativo	≥ 90%

OBJETIVO I.16:

Favorecer el reconocimiento médico-legal del cáncer profesional.

INDICADOR Nº I.16.1

Nombre del indicador	Elaboración y publicación anual del informe de resultados del Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional (EVASCAP): Programa de comunicación de casos sospechosos de origen laboral
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA, grupo de edad, sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud/IAPRL
Estándar orientativo	Anual

INDICADOR Nº I.16.2

Nombre del indicador	Trabajadores con reconocimiento de su patología como de origen laboral derivados por EVASCAP
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de trabajadores/as con cáncer de origen laboral reconocido b=Nº de trabajadores/as con sospecha de cáncer de origen laboral derivados desde EVASCAP
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA, grupo de edad, sexo, tipo de cáncer
Fuente de datos	Consejería de Salud/Inspección médica SESPA/INSS
Estándar orientativo	Aumento Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR Nº I.16.3

Nombre del indicador	Formación del personal SESPA, Mutuas de la SS, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en sospecha de cáncer de origen laboral e historia laboral
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en sospecha de cáncer de origen laboral e historia laboral
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

INDICADOR Nº I.16.4

Nombre del indicador	Formación del personal SESPA, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en circuitos de derivación a EVASCAP/ Inspección Médica/INSS.
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en circuitos de derivación a EVASCAP/ Inspección Médica/INSS.
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO I.17:

Protección, apoyo y promoción de la lactancia materna (LM) exclusiva hasta los 6 meses de edad y desde los 6 meses hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo/a lo deseen.

INDICADOR Nº I.17.1

Nombre del indicador	Protección, apoyo y promoción de la lactancia materna
Fórmula o sistema de medida	Nº de centros sanitarios que cuenten con políticas de apoyo a la lactancia durante los 6 primeros meses de vida
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR Nº I.17.2

Nombre del indicador	Difusión de los beneficios de la lactancia materna como intervención para la prevención de prevención del cáncer de mama, ovario y endometrio
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Campaña anual de difusión

INDICADOR Nº I.17.3

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en protección, promoción y apoyo a la lactancia materna
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en protección, promoción y apoyo a la lactancia materna
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

6.1.2 Línea de actuación II: Prevención secundaria

OBJETIVO II.1:

Mejorar la cobertura anual y la participación en el programa poblacional de detección precoz de cáncer de mama.

INDICADOR Nº II.1.1

Nombre del indicador	Cobertura (anual) del programa de detección precoz de cáncer de mama
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de mujeres de entre 50 y 69 años, ambos inclusive, a las que se ha ofertado participar en el programa de detección precoz de cáncer de mama b=Nº de mujeres de 50 a 69 años y residentes en Asturias a 31 de diciembre del año que se evalúa
Explicación de términos	Población diana: Población de mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años, residentes en Asturias a 31 de diciembre del año que se evalúa. Este dato corresponde a la población diana a estudiar en dos años. Se dividirá por dos para obtener la población diana objetivo anual.
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	≥ 85%

INDICADOR Nº II.1.2

Nombre del indicador	Participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de mujeres de entre 50 y 69 años, ambos inclusive, que han participado en el programa de detección precoz de cáncer de mama b=Nº de mujeres a las que se les ha ofertado la prueba
Explicación de términos	Inclusión en cobertura: O bien se ha realizado efectivamente la mamografía ofertada, o bien ha rechazado explícitamente la realización de dicha prueba. Se considera criterio de exclusión el diagnóstico previo de cáncer de mama o la realización previa de mamografía por cualquier causa, en un periodo de tiempo inferior a dos años, ya sea en el sistema público o en el privado. Se refiere a un periodo de tiempo de evaluación de los dos últimos años. En el caso de ofertar el programa a mujeres en edades distintas a las señaladas en el indicador, se harán constar éstas de manera diferenciada
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	≥ 70%

OBJETIVO II.1:

Mejorar la cobertura anual y la participación en el programa poblacional de detección precoz de cáncer de mama.

INDICADOR Nº II.1.3

Nombre del indicador	Tasa de detección de cáncer de mama
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de mujeres que, tras la realización de las pruebas necesarias para el diagnóstico precoz de cáncer de mama, obtienen una confirmación diagnóstica de padecer cáncer b=Nº de mujeres a las que se les ha realizado mamografías de cribado
Explicación de términos	Se incluyen todos los cánceres detectados, con independencia de su estadio
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad, tipo de cáncer
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR Nº II.1.4

Nombre del indicador	Porcentaje de mujeres que declaran haberse realizado una mamografía de cribado
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Número de mujeres de 50 a 69 años que declaran haberse realizado una mamografía en los dos años previos a la entrevista. b=Número total de mujeres entrevistadas de 50 a 69 años
Explicación de términos	Se incluyen todas aquellas mujeres que declaran haberse realizado una mamografía, especificando el tiempo transcurrido (en años) de su realización, con independencia de si ha sido indicada o efectuada por el sistema sanitario público o el privado. Se aportará en el momento de la evaluación un análisis global de las respuestas obtenidas en la Encuesta, relacionadas con la realización de mamografías, en el sentido –por ejemplo- de diferenciar el motivo de su realización, así como su relación con variables sociodemográficas obtenibles de la ESA, que permitan profundizar en el análisis de esta práctica preventiva. El rechazo explícito a la realización de la prueba deberá hacerse constar, no contabilizando esos casos para el cálculo del indicador.
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad, sexo
Fuente de datos	ESA
Estándar orientativo	Cercano al 80% de la población objetivo

OBJETIVO II.2:

Implementación del programa de detección del cáncer de cuello de útero.

INDICADOR Nº II.2.1

Nombre del indicador	Cobertura del programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de mujeres de entre 25 y 65 años, ambos inclusive, a las que se ha ofertado participar en el programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero b=Nº de mujeres de 25 a 65 años y residentes en Asturias a 31 de diciembre del año que se evalúa.
Explicación de términos	Población diana: Población de mujeres de edades comprendidas entre 25 y 65 años, residentes en Asturias a 31 de diciembre del año que se evalúa. Este dato corresponde a la población diana a estudiar en tres o cinco años dependiendo del intervalo entre exploraciones según la edad. Se dividirá por tres o cinco para obtener la población diana objetivo anual.
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	≥ 85 %

INDICADOR Nº II.2.2

Nombre del indicador	Participación en el programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de mujeres de entre 25 y 65 años, ambos inclusive, que han participado en el programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero b=Nº de mujeres a las que se les ha ofertado la prueba
Explicación de términos	Inclusión en cobertura: O bien se ha realizado efectivamente la prueba ofertada, o bien ha rechazado explícitamente la realización de dicha prueba. Se considera criterio de exclusión el diagnóstico previo de cáncer de cuello de útero o la realización previa de la prueba por cualquier causa, en un periodo de tiempo inferior a tres años, ya sea en el sistema público o en el privado. Se refiere a un periodo de tiempo de evaluación de los tres últimos años. En el caso de ofertar el programa a mujeres en edades distintas a las señaladas en el indicador, se harán constar éstas de manera diferenciada
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	≥ 70 %

OBJETIVO II.2:

Implementación del programa de detección del cáncer de cuello de útero.

INDICADOR Nº II.2.3

Nombre del indicador	Tasa de detección de cáncer de cuello de útero
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de mujeres que, tras la realización de las pruebas necesarias para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero, obtienen una confirmación diagnóstica de padecer cáncer b=Nº de mujeres a las que se les ha realizado el cribado del cáncer de cuello de útero
Explicación de términos	Se incluyen todos los cánceres detectados, con independencia de su estadio
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad, tipo de cáncer
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR Nº II.2.4

Nombre del indicador	Porcentaje de mujeres con citología o prueba de detección de VPH realizada
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a1/b1)*100$ a1=Nº de mujeres de 25 a 34 años que declaran haberse realizado una citología en los tres años previos a la entrevista b1=Nº total de mujeres entrevistadas de 25 a 34 años Fórmula: $(a2/b2)*100$ a2=Nº de mujeres de 35 a 65 años que declaran haberse realizado la prueba de detección de VPH citología en los cinco años previos a la entrevista b2=Nº total de mujeres entrevistadas de 35 a 65 años
Explicación de términos	Se incluyen todas aquellas mujeres que declaran haberse realizado una citología o prueba de detección de VPH (según edad), especificando el tiempo transcurrido (en años) de su realización, con independencia de si ha sido indicada o efectuada por el sistema sanitario público o el privado. Se aportará en el momento de la evaluación un análisis global de las respuestas obtenidas en la Encuesta, en el sentido –por ejemplo- de diferenciar el motivo de su realización, así como su relación con variables sociodemográficas obtenibles de la ESA, que permitan profundizar en el análisis de esta práctica preventiva. El rechazo explícito a la realización de la prueba deberá hacerse constar, no contabilizando esos casos para el cálculo del indicador.
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad, sexo
Fuente de datos	ESA
Estándar orientativo	≥ 70% de la población objetivo

OBJETIVO II.3:

Mejorar la cobertura anual y la participación en el programa poblacional de detección precoz de cáncer de colon-recto.

INDICADOR Nº II.3.1

Nombre del indicador	Cobertura del programa de detección precoz de cáncer colon-recto
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas de entre 50 y 69 años, ambos inclusive, a las que se ha ofertado participar en el programa de detección precoz de cáncer de colon b=Nº de personas de 50 a 69 años, ambos inclusive, y residentes en Asturias 31 de diciembre del año que se evalúa
Explicación de términos	Población diana: Población con edades comprendidas entre 50 y 69 años, residentes en Asturias a 31 de diciembre del año que se evalúa. Este dato corresponde a la población diana a estudiar en dos años. Se dividirá por dos para obtener la población diana objetivo anual.
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad, sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	≥ 85%

INDICADOR N.º II.3.2

Nombre del indicador	Participación en el programa de detección precoz de cáncer colon-recto
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b)*100$ a=N.º de personas de 50 a 69 años a las que se efectúa la prueba de sangre oculta en heces b=N.º de personas de 50 a 69 años a las que se les ha ofertado la realización de dicha prueba
Explicación de términos	Se consideran excepciones a la realización de la prueba de cribado: haber sido diagnosticado de cáncer de colon o haberse realizado una colonoscopia en los últimos 3 años. El rechazo explícito a la realización de la prueba deberá hacerse constar, no contabilizando esos casos para el cálculo del indicador.
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad, sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	≥ 65 %

OBJETIVO II.3:

Mejorar la cobertura anual y la participación en el programa poblacional de detección precoz de cáncer colon-recto.

INDICADOR Nº II.3.3

Nombre del indicador	Porcentaje de personas que declaran haberse realizado medición de sangre oculta en heces
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas de 50 a 69 años que declaran haberse realizado una prueba de sangre oculta en heces b=Nº de personas entrevistadas de 50 a 69 años
Explicación de términos	Se incluyen todas aquellas personas que declaran haberse realizado una medición de sangre oculta en heces, por cualquiera de los métodos disponibles, en los dos años previos a la entrevista. Se aportará en el momento de la evaluación un análisis global de las respuestas obtenidas en la Encuesta, en el sentido –por ejemplo- de diferenciar el motivo de su realización, así como su relación con variables sociodemográficas obtenibles de la ESA, que permitan profundizar en el análisis de esta práctica preventiva. El rechazo explícito a la realización de la prueba deberá hacerse constar, no contabilizando esos casos para el cálculo del indicador.
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad, sexo
Fuente de datos	ESA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR Nº II.3.4

Nombre del indicador	Proporción de prueba de sangre oculta en heces positivo
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas de 50 a 69 años en las que la prueba de sangre oculta en heces ha dado un resultado positivo b=Nº de personas a las que se les ha realizado la prueba de cribado
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad, sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

OBJETIVO II.3:

Mejorar la cobertura anual y la participación en el programa poblacional de detección precoz de cáncer colon-recto.

INDICADOR Nº II.3.5

Nombre del indicador	Tasa de detección de adenomas de alto riesgo
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas de 50 a 69 años a las que, realizado la prueba de cribado y el resto de pruebas necesarias para una confirmación diagnóstica, se detecta la existencia de un adenoma de alto riesgo b=Nº de personas a las que se les ha realizado la prueba de cribado
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad, sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR Nº II.3.6

Nombre del indicador	Tasa de detección de cáncer invasivo colon-recto
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas de 50 a 69 años a las que, realizado la prueba de cribado y el resto de pruebas necesarias para una confirmación diagnóstica, se detecta la existencia de un cáncer invasivo de colon / recto b=Nº de personas a las que se les ha realizado la prueba de cribado
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/ CA, edad, sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

OBJETIVO II.4:

Evaluación de los programas de cribado poblacional.

INDICADOR Nº II.4.1

Nombre del indicador	Sistema de información que permita medir la evolución en tiempo y forma de los programas de cribado
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria /CA
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR Nº II.4.2

Nombre del indicador	Elaboración y publicación de un informe anual de evaluación de los diferentes programas de cribado
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área de Salud/CA/Grupo de edad/Sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

OBJETIVO II.5:

Establecer el diagnóstico precoz del VHC en poblaciones prioritarias a través del cribando.

INDICADOR Nº II.5

Nombre del indicador	Realizar campañas de cribado de VHC en poblaciones específicas
Fórmula o sistema de medida	Nº de campañas realizadas
Nivel de desagregación	Área de Salud/CA/Grupo de edad/Sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Anual

OBJETIVO II.6:

Implementación del proyecto piloto nacional del cribado del cáncer de pulmón.

INDICADOR Nº II.6

Nombre del indicador	Coste de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) del cribado con TCBD
Fórmula o sistema de medida	Euros
Nivel de desagregación	Grupo de edad/Sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	No supera los 25.000euros/AVAC

INDICADOR Nº II.7

Nombre del indicador	Tasa de detección de cáncer de pulmón
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas de 50 a 75 años a las que, realizado la prueba de cribado y el resto de pruebas necesarias para una confirmación diagnóstica, se detecta la existencia de un cáncer de pulmón b=Nº de personas a las que se les ha realizado la prueba de cribado
Nivel de desagregación	Grupo de edad/Sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

OBJETIVO II.7:

Participar en el análisis para la introducción de nuevos programas de cribado de cáncer, a través de la Ponencia de Cribados de la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

INDICADOR Nº II.7

Nombre del indicador	Evaluación de la pertinencia y viabilidad, de acuerdo con los criterios de la ponencia, de la Introducción de nuevos programas de cribado.
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	CA
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

OBJETIVO II.8:

Mejorar la formación del personal de Atención Primaria (AP) en los Programas de Cribado Poblacional del Cáncer y sus indicaciones.

INDICADOR II.8

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en Programas de Cribado Poblacional de Cáncer.
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en Programas de Cribado Poblacional de Cáncer.
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO II.9:

Potenciar el acceso a la Unidad de Cáncer Familiar del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) de las personas con sospecha de un posible síndrome de predisposición hereditaria al cáncer.

INDICADOR II.9.1

Nombre del indicador	Actualización de la Guía de Consejo Genético en Cáncer para los y las profesionales en función de la incorporación de nuevos síndromes que cuenten con evidencia científica
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	CA
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA
Estándar orientativo	Realizada

OBJETIVO II.9:

Potenciar el acceso a la Unidad de Cáncer Familiar del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) de las personas con sospecha de un posible síndrome de predisposición hereditaria al cáncer.

INDICADOR II.9.2

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, para mejorar la sospecha diagnóstica de cáncer hereditario y los circuitos de derivación
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en mejora de la sospecha diagnóstica de cáncer hereditario y los circuitos de derivación
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

6.1.3 Línea de actuación III: Asistencia sanitaria

OBJETIVO III.1:

Creación de Unidades Asistenciales Multidisciplinares para la atención del paciente con cáncer en Asturias en la edad adulta.

INDICADOR III.1.1

Nombre del indicador	Unidades Asistenciales Multidisciplinares (UAM) para la atención del paciente con cáncer en Asturias en la edad adulta
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de hospitales que atienden a pacientes con cáncer con unidades multidisciplinares de tumores b=Nº de hospitales evaluados que atienden a pacientes con cáncer
Explicación de términos	Unidades multidisciplinares: Entidad organizativa de la atención oncológica multidisciplinar que integra a los y las profesionales involucrados en la toma de decisiones sobre la Estrategia terapéutica y su aplicación basada en la evidencia científica y en el conocimiento experto. La labor de este comité consiste en discutir y consensuar el diagnóstico y, según los resultados, marcar la pauta de tratamiento y los plazos.
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA, tipo de tumor
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR III.1.2

Nombre del indicador	Pacientes con diagnóstico de cáncer valorados por una unidad multidisciplinar
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer (excluyendo los tumores de piel no melanomas) que han sido valorados por una unidad multidisciplinar de tumores b= Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer (excluyendo los tumores de piel no melanomas)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA, tipo de tumor, edad y sexo
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR III.1.3

Nombre del indicador	Creación de la figura de gestor/a de caso en la UAM
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

OBJETIVO III.1:

Creación de Unidades Asistenciales Multidisciplinares para la atención del paciente con cáncer en Asturias en la edad adulta.

INDICADOR III.1.4

Nombre del indicador	Elaboración y publicación de Protocolos de actuación clínica y circuitos de derivación para los para los cánceres más frecuentes (especialmente mama, colon-recto, pulmón, próstata, ovario, vejiga urinaria, hematológicos, melanoma)
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR III.1.5

Nombre del indicador	Protocolo consensuado entre los servicios de oncología médica, hematología clínica, oncología radioterápica y el servicio de urgencias
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de hospitales con protocolo consensuado entre los servicios de oncología médica, hematología clínica, oncología radioterápica y el servicio de urgencias b=Nº de hospitales con servicio de urgencias
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR III.1.6

Nombre del indicador	Protocolo consensuado de información al paciente y sus familiares
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Hospital/Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

OBJETIVO III.2:

Centralización de tratamientos complejos y/o tumores de baja incidencia.

INDICADOR Nº III.2.1

Nombre del indicador	Creación de Unidades de Referencia Autonómicas, para la atención al cáncer, tumores raros y procedimientos de alta complejidad, que garantice el acceso a recursos idóneos y la continuidad asistencial de cada paciente
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Explicación de términos	Tumores raros: se utiliza la definición y el listado de tumores raros de RARECARE. Procesos oncológicos de alta complejidad: procedimientos quirúrgicos de cáncer de esófago, estómago, páncreas, ovario, primario de hígado, metástasis hepáticas, recto, pulmón, cirugía de carcinomatosis peritoneal y tumores benignos y malignos de sistema nervioso central. En el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los CSUR del SNS. Se considera que una unidad de referencia ha sido designada cuando existe un documento oficial de designación de la misma (normativa).
Nivel de desagregación	CA
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	Realizado

INDICADOR Nº III.2.2

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en tumores de baja incidencia y tratamientos complejos y sus circuitos asistenciales
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en tumores de baja incidencia y tratamientos complejos y sus circuitos asistenciales
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO III.3:

Mejorar la sospecha diagnóstica implementando un programa de Diagnóstico Rápido de Cáncer, para poder cumplir las recomendaciones establecidas en la Estrategia en Cáncer del SNS:

- Mediana de 7 días desde que se remite al paciente desde el nivel de AP hasta la primera visita en el nivel de AH.
- Mediana de 15 días desde la primera visita en el nivel de AH hasta el diagnóstico patológico de cáncer o ausencia del mismo.
- Si el diagnóstico implica el estudio molecular la mediana desde la primera visita en el nivel de AH hasta el diagnóstico patológico completo será de 4 semanas.

INDICADOR Nº III.3.1

Nombre del indicador	Intervalo derivación desde atención primaria a atención hospitalaria
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre la sospecha en atención primaria y la primera visita en atención hospitalaria es igual o inferior a 7 días naturales b=Nº total de pacientes con diagnóstico de sospecha de cáncer en atención primaria
Explicación de términos	El intervalo de tiempo comienza desde el día que el profesional de atención primaria deriva al paciente a atención hospitalaria hasta que el paciente es atendido por primera vez en atención hospitalaria
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, grupo de edad, sexo y Tipos tumorales: mama, colon-recto, pulmón, próstata, ovario, vejiga urinaria, hematológicos.
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	90%

INDICADOR Nº III.3.2

Nombre del indicador	Intervalo desde primera visita en atención hospitalaria hasta el diagnóstico patológico de cáncer o ausencia del mismo
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre la primera visita en atención hospitalaria hasta el diagnóstico patológico de cáncer o ausencia del mismo es igual o inferior a 15 días naturales b=Nº total de pacientes atendidos en primera consulta de atención hospitalaria derivados de atención primaria por sospecha de cáncer
Explicación de términos	El intervalo de tiempo comienza desde la primera visita en atención hospitalaria hasta el diagnóstico patológico de cáncer o ausencia del mismo
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, grupo de edad, sexo y Tipos tumorales: mama, colon-recto, pulmón, próstata, ovario, vejiga urinaria, hematológicos.
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	90%

OBJETIVO III.3:

Mejorar la sospecha diagnóstica implementando un programa de Diagnóstico Rápido de Cáncer, para poder cumplir las recomendaciones establecidas en la Estrategia en Cáncer del SNS:

- Mediana de 7 días desde que se remite al paciente desde el nivel de AP hasta la primera visita en el nivel de AH.
- Mediana de 15 días desde la primera visita en el nivel de AH hasta el diagnóstico patológico de cáncer o ausencia del mismo.
- Si el diagnóstico implica el estudio molecular la mediana desde la primera visita en el nivel de AH hasta el diagnóstico patológico completo será de 4 semanas.

INDICADOR Nº III.3.3

Nombre del indicador	Servicios de Anatomía Patológica norma ISO
Fórmula o sistema de medida	Nº de Servicios de AP que cuentan con norma ISO
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR Nº III.3.4

Nombre del indicador	Incorporación de la biopsia líquida y líneas de genotipado de tumores que permitan detectar la frecuencia y penetrancia de variaciones genéticas que aumenten la susceptibilidad a determinados tipos de cáncer en la población asturiana
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de hospitales del SESPA que cuentan con patología digital en los Servicios de Anatomía Patológica b: Nº total de hospitales del SESPA
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR Nº III.3.5

Nombre del indicador	Sistema de doble lectura de prueba de diagnóstico en tumores raros en los Servicios de Anatomía Patológica
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

OBJETIVO III.3:

Mejorar la sospecha diagnóstica implementando un programa de Diagnóstico Rápido de Cáncer, para poder cumplir las recomendaciones establecidas en la Estrategia en Cáncer del SNS:

- Mediana de 7 días desde que se remite al paciente desde el nivel de AP hasta la primera visita en el nivel de AH.
- Mediana de 15 días desde la primera visita en el nivel de AH hasta el diagnóstico patológico de cáncer o ausencia del mismo.
- Si el diagnóstico implica el estudio molecular la mediana desde la primera visita en el nivel de AH hasta el diagnóstico patológico completo será de 4 semanas.

INDICADOR Nº III.3.6

Nombre del indicador	Intervalo desde primera visita en atención hospitalaria hasta el diagnóstico molecular de cáncer o ausencia del mismo
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a= Nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre la primera visita en atención hospitalaria hasta el diagnóstico molecular de cáncer o ausencia del mismo es igual o inferior a 4 semanas b= Nº total de pacientes atendidos en primera consulta de atención hospitalaria derivados de atención primaria por sospecha de cáncer
Explicación de términos	El intervalo de tiempo comienza desde la primera visita en atención hospitalaria hasta el diagnóstico molecular de cáncer o ausencia del mismo
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, grupo de edad, sexo y Tipos tumorales: mama, colon-recto, pulmón, próstata, ovario, vejiga urinaria, hematológicos
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	90%

INDICADOR III.3.7

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en diagnóstico de sospecha del cáncer
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en mejora del manejo de la patología oncológica así como la detección de los cánceres más prevalentes y aumentar la rapidez diagnóstica
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

INDICADOR III.3.8

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en dermatoscopia
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en dermatoscopia
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO III.4:

Disminuir el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer (incluyendo el estudio de extensión y el estudio patológico completo) hasta el inicio efectivo del tratamiento para poder cumplir las recomendaciones establecidas en la Estrategia en Cáncer del SNS:

- Tratamiento quirúrgico: mediana de 2 semanas.
- Tratamiento sistémico: mediana de 1 semana.
- Radioterapia: recomendable una mediana de 4 semanas (incluyendo el proceso de planificación).

INDICADOR III.4.1

Nombre del indicador	Intervalo diagnóstico histopatológico-tratamiento quirúrgico
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre el diagnóstico histopatológico y el tratamiento quirúrgico es igual o inferior a 2 semanas b= Nº total de pacientes con diagnóstico de sospecha de cáncer en atención primaria
Explicación de términos	El intervalo de tiempo comienza desde el día que el profesional de atención hospitalaria dispone del diagnóstico de cáncer (incluyendo el estudio de extensión y el estudio patológico completo) hasta que el paciente inicia el tratamiento
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, grupo de edad, sexo y Tipos tumorales: mama, colon-recto, pulmón, próstata, ovario, vejiga urinaria, hematológicos
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	90%

INDICADOR III.4.2

Nombre del indicador	Intervalo diagnóstico histopatológico-tratamiento sistémico
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre el diagnóstico histopatológico y el tratamiento sistémico es igual o inferior a 1 semana b= Nº total de pacientes con diagnóstico de sospecha de cáncer en atención primaria
Explicación de términos	El intervalo de tiempo comienza desde el día que el profesional de atención hospitalaria dispone del diagnóstico de cáncer (incluyendo el estudio de extensión y el estudio patológico completo) hasta que el paciente inicia el tratamiento
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, grupo de edad, sexo y Tipos tumorales: mama, colon-recto, pulmón, próstata, ovario, vejiga urinaria, hematológicos
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	90%

OBJETIVO III.4:

Disminuir el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer (incluyendo el estudio de extensión y el estudio patológico completo) hasta el inicio efectivo del tratamiento para poder cumplir las recomendaciones establecidas en la Estrategia en Cáncer del SNS:

- Tratamiento quirúrgico: mediana de 2 semanas.
- Tratamiento sistémico: mediana de 1 semana.
- Radioterapia: recomendable una mediana de 4 semanas (incluyendo el proceso de planificación).

INDICADOR III.4.3

Nombre del indicador	Intervalo diagnóstico histopatológico-tratamiento con radioterapia incluyendo en proceso de planificación
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre el diagnóstico histopatológico y el tratamiento sistémico es igual o inferior a 1 semana b= Nº total de pacientes con diagnóstico de sospecha de cáncer en atención primaria
Explicación de términos	El intervalo de tiempo comienza desde el día que el profesional de atención hospitalaria dispone del diagnóstico de cáncer (incluyendo el estudio de extensión y el estudio patológico completo) hasta que el paciente inicia el tratamiento
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, grupo de edad, sexo y tipos tumorales: mama, colon-recto, pulmón, próstata, ovario, vejiga urinaria, hematológicos
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	90%

OBJETIVO III.5:

Promover el conocimiento y las habilidades de relación y de comunicación de los y las profesionales asistenciales con los y las pacientes para la toma de decisiones compartidas.

INDICADOR III.5.1

Nombre del indicador	Formación del personal que atiende a pacientes con cáncer para mejorar las habilidades de relación y de comunicación
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación dirigidos al personal que atiende a pacientes con cáncer para mejorar las habilidades de relación y de comunicación
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

INDICADOR III.5.2

Nombre del indicador	Formación dirigida a pacientes con cáncer y cuidadores difundida a través de la AECC y otras asociaciones
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación dirigidos a pacientes con cáncer, familiares y cuidadores difundidos a través AECC y otras asociaciones
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud AECC Asociación Galbán
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

INDICADOR III.5.3

Nombre del indicador	Formación transversal para residentes en habilidades de relación y de comunicación con pacientes
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO III.6:

Mejorar la detección precoz del malestar emocional (distress) entre pacientes, familiares y cuidadores.

INDICADOR III.6.1

Nombre del indicador	Hospitales que cuentan con una herramienta estandarizada para la detección precoz del malestar emocional
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de hospitales que atienden a pacientes con cáncer que cuenta con herramienta/s estandarizada para la detección precoz del malestar emocional (distress) integrada en la historia clínica b=Nº total de hospitales que atienden a pacientes con cáncer
Explicación de términos	Malestar emocional (distress): experiencia emocional multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional) social y espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar adecuadamente la enfermedad, sus síntomas y sus tratamientos
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR III.6.2

Nombre del indicador	Cribado de la detección precoz de malestar emocional
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a= Nº de pacientes con cáncer que han recibido cribado para la detección de precoz de malestar emocional (distress) b= Nº de pacientes con cáncer
Explicación de términos	Malestar emocional (distress): experiencia emocional multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional) social y espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar adecuadamente la enfermedad, sus síntomas y sus tratamientos. La detección precoz de malestar emocional debe cribarse al menos durante una vez a lo largo del proceso asistencial (diagnóstico, tratamiento, alta y fase final de la enfermedad).
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, grupo de edad, sexo
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR III.6.3

Nombre del indicador	Desarrollo de la ACCIÓN 3.2.2.1. del Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA
Estándar orientativo	100%

OBJETIVO III.7:

Promover la derivación a las Unidades de Reproducción Humana.

INDICADOR III.7

Nombre del indicador	Derivación a Unidades de Reproducción Humana para el asesoramiento en relación con la preservación de la fecundidad
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a= Nº de pacientes diagnosticados de cáncer en edad fértil derivados a las Unidades de Reproducción Humana para el asesoramiento en relación con la preservación de la fecundidad b= Nº de pacientes con cáncer en edad fértil
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%
Comentarios	Ver si está incluido en cartera de servicios

OBJETIVO III.8:

Evaluar la seguridad del paciente con cáncer de manera transversal a lo largo de todo el proceso.

INDICADOR III.8.1

Nombre del indicador	Incidentes relacionados con la medicación
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a= Nº de notificaciones recibidas relacionadas con medicación específica para el tratamiento del cáncer en las que se ha investigado sus causas profundas y se han establecido acciones de mejora b= Nº total de notificaciones recibidas relacionadas con medicación específica para el tratamiento del cáncer
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA
Fuente de datos	SiNASP
Estándar orientativo	Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR III.8.2

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en Seguridad del Paciente Oncológico y gestión del riesgo en todos los procedimientos, actividades y/o componentes del proceso asistencial.
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en Seguridad del Paciente Oncológico y gestión del riesgo en todos los procedimientos, actividades y/o componentes del proceso asistencial.
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

OBJETIVO III.9:

Proporcionar una atención socio-sanitaria protocolizada a las personas enfermas de cáncer y su entorno, según sus necesidades.

INDICADOR III.9.1

Nombre del indicador	Plan individualizado de atención social
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con cáncer atendidos que cuentan con un plan individualizado de atención social en la historia clínica b=Nº de pacientes con cáncer atendidos
Explicación de términos	Establecer junto al paciente y/o familiares un plan individualizado que contemple entre otras acciones: derechos que le corresponden, recursos a los que puede acceder, reconocimientos a efectos de discapacidad, incapacidad permanente, dependencia, etc. reinserción laboral, con adaptación del puesto y condiciones de trabajo en aquellos casos que lo precisen en colaboración con los Servicios de Riesgos Laborales, formación y desempleo
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, grupo de edad y sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA, Consejería de Derechos Sociales y Bienestar y Consejería de Industria, Empleo y Promoción
Estándar orientativo	100%

INDICADOR III.9.2

Nombre del indicador	Estudio del impacto laboral, psicológico y social de las personas enfermas de cáncer y a sus familiares
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA, Consejería de Derechos Sociales y Bienestar y Consejería de Industria, Empleo y Promoción
Estándar orientativo	Estudio realizado

OBJETIVO III.10:

Establecer un plan individualizado de seguimiento tanto en los casos de cáncer activo como en los largos supervivientes (pacientes que han sobrevivido, sin enfermedad observable, que ya no reciben tratamiento, y que al menos ha transcurrido un periodo de cinco años desde el diagnóstico), siempre consensuado con el paciente, favoreciendo las decisiones compartidas e impulsar los medios necesarios para que dicho Plan sea conocido por todos los y las profesionales al cuidado de la persona.

INDICADOR III.10.1

Nombre del indicador	Porcentaje de largos supervivientes con plan individualizado de seguimiento
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de largos supervivientes de cáncer que reciben al alta un plan individualizado de seguimiento b=Nº de largos supervivientes de cáncer evaluados
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, grupo de edad y sexo
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR III.10.2

Nombre del indicador	Evaluar la pertinencia y viabilidad de la creación de un mapa de asociaciones y recursos para las personas enfermas de cáncer y sus familias en Asturias, de forma participativa, vinculado al Convenio con la AECC, y su difusión a través de mapa de activos del Observatorio de Salud del Principado de Asturias.
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA, AECC
Estándar orientativo	Protocolo realizado

INDICADOR III.10.3

Nombre del indicador	Programa “Cuidándome después del cáncer” de la Escuela Asturiana de Cuidados.
Fórmula o sistema de medida	Nº de actividades desarrolladas
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Reporte anual de actividades relacionadas con la promoción de la salud y prevención primaria del cáncer

OBJETIVO III.11:

Cumplir los objetivos de la estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias 2023-2030

INDICADOR III.11.1

Nombre del indicador	Pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos con un plan personalizado
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número total de pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos con un plan personalizado b: Número total de pacientes incluidos en Cuidados Paliativos
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, Grupo de edad y sexo
Fuente de datos	ECAP
Estándar orientativo	A definir el %

INDICADOR III.11.2

Nombre del indicador	Pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos con registro en escala de dolor
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número total de pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos con registro en la escala de dolor b: Número total de pacientes incluidos en Cuidados Paliativos
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, Grupo de edad y sexo
Fuente de datos	ECAP
Estándar orientativo	A definir el %

INDICADOR III.11.3

Nombre del indicador	Pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos con registro en la escala de Karnofsky.
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número total de pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos con registro en la escala de Karnofsky b: Número total de pacientes incluidos en Cuidados Paliativos
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, Grupo de edad y sexo
Fuente de datos	ECAP
Estándar orientativo	A definir el %

OBJETIVO III.11:

Cumplir los objetivos de la estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias 2023-2030

INDICADOR III.11.4

Nombre del indicador	Personas a las que se les ha aportado información en consulta enfermera sobre documento de instrucciones previas
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número total de personas a las que se les ha aportado información en consulta enfermera sobre documento de instrucciones previas b: Número de personas ≥ 18 años que tengan al menos un registro en la Historia Clínica en los últimos dos años
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, Grupo de edad y sexo
Fuente de datos	ECAP
Estándar orientativo	A definir el %

INDICADOR III.11.5

Nombre del indicador	Pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos en tratamiento con mórficos
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número total de pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos en tratamiento con mórficos b: Número total de pacientes incluidos en Cuidados Paliativos
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, Grupo de edad y sexo
Fuente de datos	ECAP
Estándar orientativo	A definir el %

INDICADOR III.11.6

Nombre del indicador	Sesiones sobre Cuidados Paliativos impartidas por profesionales del Equipo de Apoyo de Cuidados Paliativos (ESAD/EACP).
Fórmula o sistema de medida	Numero de sesiones impartidas
Nivel de desagregación	Áreas Sanitarias, CA
Fuente de datos	Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Anualmente

INDICADOR III.11.7

Nombre del indicador	Sesiones impartidas en el Instituto Asturiano de Administración Pública Adolfo Posada (IAAP) sobre Cuidados Paliativos
Fórmula o sistema de medida	Número de sesiones impartidas
Nivel de desagregación	Áreas Sanitarias, CA
Fuente de datos	IAAP
Estándar orientativo	Anualmente

OBJETIVO III.11:

Cumplir los objetivos de la estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias 2023-2030

INDICADOR III.11.8

Nombre del indicador	Pacientes clasificados como NECPAL+ con la herramienta NECPAL CCOMS-ICO 4.0.
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número pacientes clasificados con la herramienta NECPAL+ b: Número pacientes con valoración por la herramienta NECPAL
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, Grupo de edad y sexo
Fuente de datos	ECAP
Estándar orientativo	A definir el %

INDICADOR III.11.9

Nombre del indicador	Pacientes valorados como NECPAL+ incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número total de pacientes valorados como NECPAL+ incluidos en el Programa de Cuidados Paliativo b: Número total de pacientes valorados como NECPAL+
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA, Grupo de edad y sexo
Fuente de datos	ECAP
Estándar orientativo	A definir el %

INDICADOR III.11.10

Nombre del indicador	Número de niños y adolescentes con cuidados paliativos en fase final de la vida atendidos en domicilio
Fórmula o sistema de medida	Total de niños y adolescentes atendidos en domicilio según registros UMCP
Nivel de desagregación	Grupo de edad y sexo
Fuente de datos	UMCP
Estándar orientativo	Anualmente

OBJETIVO III.12:

Proporcionar información necesaria sobre la prestación de la eutanasia y explorar el deseo anticipatorio de la muerte del paciente, si procede.

INDICADOR III.12.1

Nombre del indicador	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en prestación de la eutanasia
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación en actualización en prestación de la eutanasia
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Áreas Sanitarias
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

INDICADOR III.12.2

Nombre del indicador	Difundir información dirigida a la población general, sobre la prestación de la eutanasia en nuestra CA.
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA
Estándar orientativo	Anualmente

OBJETIVO III.13:

Creación de un organismo autonómico con el objetivo de facilitar una atención integral a las personas enfermas de cáncer en la infancia y la adolescencia.

INDICADOR III.13.1

Nombre del indicador	Valoración del paciente con cáncer infantil y de la adolescencia por el comité autonómico de coordinación asistencial
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a:Nº de pacientes < 18 años diagnosticados de cáncer en el año revisados por el comité autonómico de coordinación asistencial b:Nº de pacientes <18 años diagnosticados de cáncer en el año
Explicación de términos	Paciente diagnosticado de cáncer al año: nuevos pacientes diagnosticados de cáncer en un año. Paciente revisado: constancia en la HC y actas del comité de la revisión del paciente y los acuerdos tomados. Comité autonómico de coordinación asistencial: constituido para la gestión de la atención asistencial de todos los casos de cáncer infantil y adolescente. Este comité deberá ser creado y definido a través de la normativa pertinente. Numerador: se utilizarán las actas del comité y documentación clínica del paciente. Denominador: se utilizarán los datos del RETI y de los registros autonómicos de cáncer infantil ¿ ?
Nivel de desagregación	Grupo de edad (<15 años y de 15-17 años) y sexo
Población	Todos los y las pacientes < de 18 años diagnosticados de cáncer en el año
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA
Estándar orientativo	100%

OBJETIVO III.13:

Creación de un organismo autonómico con el objetivo de facilitar una atención integral a las personas enfermas de cáncer en la infancia y la adolescencia.

INDICADOR III.13.2

Nombre del indicador	Protocolo del comité autonómico de coordinación asistencial
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Explicación de términos	<p>Protocolo de gestión: documento que debe contemplar como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La cartera de servicios definiendo dónde se ubica cada recurso. - Los criterios de derivación a UOP para cada patología, para todo el proceso de la enfermedad o parte del proceso. - Los canales de gestión de los enfermos de cara a establecer circuitos ágiles, eficientes que den soluciones rápidas y efectivas a cada caso en particular. - La posibilidad de solicitar una segunda opinión a un CSUR del SNS - Propondrá protocolos de coordinación con el resto de recursos asistenciales, incluidos los servicios de pediatría tanto a nivel hospitalario como de atención primaria, cuidados paliativos pediátricos y atención domiciliaria. - La vía de transición de los niños / niñas y adolescentes a los servicios de adultos adaptada al proceso de maduración individual de cada paciente. <p>El protocolo debe expresar la fecha de aprobación y su periodo de vigencia. En general se recomienda un período de 3 años.</p> <p>El protocolo será elaborado y aplicado por el comité autonómico de coordinación asistencial.</p> <p>Se crearán protocolos específicos para, al menos los siguientes grupos tumorales: leucemias, linfomas, sistema nervioso central, neuroblastoma, tumores oculares, tumores renales, tumores hepáticos, tumores óseos, sarcomas de tejidos blandos, tumores de células germinales y melanomas</p>
Nivel de desagregación	CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA
Estándar orientativo	100%

OBJETIVO III.13:

Creación de un organismo autónomo con el objetivo de facilitar una atención integral a las personas enfermas de cáncer en la infancia y la adolescencia.

INDICADOR III.13.3

Nombre del indicador	Oferta asistencial disponible
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Explicación de términos	<p>Oferta asistencial: conjunto de recursos, medios y actuaciones de las administraciones sanitarias públicas o vinculadas a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción, la prevención y la atención sanitaria.</p> <p>La oferta debe incluir las UOP designadas y la oferta de cada una de ellas. En relación a la oferta de servicios de la UOP hay que tener en cuenta lo siguiente:</p> <p>Oferta de servicios: el conjunto de recursos, medios y actuaciones de la UOP o vinculados a la misma, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción, la prevención y la atención sanitaria.</p> <p>La oferta de servicios incluirá al menos: radiología pediátrica, hospitalización pediátrica, hospital de día pediátrico, unidad de cuidados intensivos pediátricos, consulta externa pediátrica, urgencias pediátricas, Área quirúrgica pediátrica, psiquiatría / psicología clínica infantil, oncología radioterápica y oncología infantil.</p> <p>En el caso de que no se disponga del recurso se explicitará a dónde se deriva al paciente para este recurso.</p>
Nivel de desagregación	CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA
Estándar orientativo	100%

OBJETIVO III.14:

Asegurar la mejor atención sanitaria posible al cáncer infantil y de la adolescencia, implantando las recomendaciones de CISNS de 2018.

INDICADOR III.14.1

Nombre del indicador	Designación de unidades de oncohematología pediátrica (UOP) multidisciplinares
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
<p>Explicación de términos:</p> <p>Criterios que deben cumplir las UOP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acreditar una actividad con un volumen de pacientes necesario para que, en base a su experiencia, la atención sea la óptima. - Disponer de un comité de tumores pediátrico en el centro donde están ubicadas que tendrá definidas las normas de funcionamiento. - Explicitar la patología o grupo de patologías que se atienden en el centro/unidad. - Incluir en la oferta de servicios al menos: radiología pediátrica, hospitalización pediátrica, hospital de día pediátrico, unidad de cuidados intensivos pediátricos, consulta externa pediátrica, urgencias pediátricas, Área quirúrgica pediátrica, psiquiatría / psicología clínica infantil. - Ofrecer atención continuada oncológica 24 horas, los 365 días al año - Disponer de herramientas de trabajo en red asistencial con otros centros y unidades. - Garantizar el acceso a atención domiciliaria pediátrica y a cuidados paliativos pediátricos. - Participar en actividades de investigación relacionadas con el tratamiento de niños con cáncer. - Garantizar la accesibilidad directa de los y las pacientes y de los familiares en los centros donde habitualmente tratan al paciente a los recursos de la unidad, mediante vía telefónica, telemática, e- mail o similar. - Promover la participación del paciente y sus padres en las decisiones que se tomen durante todo el proceso de atención de sus hijos, cuando el menor no pueda comprender el alcance de las intervenciones que se le propongan. - Disponer de protocolos, basados en la mejor evidencia científica que incluirán los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento de los y las pacientes, disponer de un registro de los y las pacientes atendidos y participar en un registro de cáncer infantil. - Garantizar la atención por un equipo multidisciplinar formado por coordinador asistencial, pediatras u oncólogos con dedicación a oncología pediátrica, hematólogo, cirujano pediátrico, oncólogo radioterápico, anatomopatólogo, farmacéutico hospitalario, médico experto en enfermedades infecciosas, radiólogo, personal de enfermería, trabajador social, profesor, rehabilitador, dietista, psicólogo, personal de fisioterapia y terapia ocupacional. 	
Nivel de desagregación	CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA
Estándar orientativo	Realizada designación

OBJETIVO III.14:

Asegurar la mejor atención sanitaria posible al cáncer infantil y de la adolescencia, implantando las recomendaciones de CISNS de 2018.

INDICADOR III.14.2

Nombre del indicador	Volumen de pacientes
Fórmula o sistema de medida	Número de pacientes nuevos <18 años atendidos por una UOP en un año
Explicación de términos	Caso nuevo atendido en una UOP: se considera que una UOP atiende un caso nuevo cuando el caso recibe, al menos, una parte del tratamiento en la misma
Nivel de desagregación	Grupos tumorales: leucemias, linfomas, sistema nervioso central, neuroblastoma, tumores oculares, tumores renales, tumores hepáticos, tumores óseos, sarcomas de tejidos blandos, tumores de células germinales y melanomas. El indicador se desagregará en dos grupos de edad: <15 años y 15-17 años Por sexo
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

INDICADOR III.14.3

Nombre del indicador	Atención continuada en UOP
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de UOP con atención continuada b: Nº de UOPs designadas
Explicación de términos	Atención continuada: atención prestada por, al menos, un oncólogo pediátrico 24 horas, los 365 días al año.
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR III.14.4

Nombre del indicador	Actividades de investigación en cáncer infantil realizadas por UOP
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de UOP donde se realizan actividades de investigación b: Nº de UOPs designadas
Explicación de términos	Se consideran actividades de investigación la participación de la UOP en los grupos de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP) y Sociedad Europea de Oncología Pediátrica (SIOPE).
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

OBJETIVO III.14:

Asegurar la mejor atención sanitaria posible al cáncer infantil y de la adolescencia, implantando las recomendaciones de CISNS de 2018.

INDICADOR III.14.5

Nombre del indicador	Accesibilidad directa tanto de pacientes como de familiares a las UOP
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de UOP con accesibilidad directa tanto de pacientes como de familiares a las UOP b: Nº de UOPs designadas
Explicación de términos	El procedimiento de accesibilidad directa debe recoger la vía de contacto (telefónica, telemática, e- mail) y el horario de accesibilidad. El paciente ya dispone de un diagnóstico.
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR III.14.6

Nombre del indicador	Registro de actividad de la UOP
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de UOP con registro de pacientes atendidos b: Nº de UOPs designadas
Explicación de términos	El registro de pacientes de la UOP debe permitir identificar a los y las pacientes que están siendo atendidos en la UOP. El objetivo de este registro es evaluar la calidad de la atención de la UOP.
Fuente de datos	SESPA
Estándar orientativo	100%

INDICADOR III.14.7

Nombre del indicador	Derivación a otras CC:AA
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de pacientes < 18 años con cáncer derivados a otra CA en el año b: Nº de pacientes < 18 años con cáncer en el año
Nivel de desagregación	Grupo de edad (<15 años y de 15-17 años) y sexo
Fuente de datos	Numerador: SIFCO: Sistema de Información del Fondo de Cohesión. Es un sistema de información que recoge la información de la solicitud de un paciente para ser tratado en un centro de referencia o en un CSUR. Denominador: RETI: Registro español de tumores infantiles
Estándar orientativo	Monitorizar y mejorar. Estándar a establecer una vez generado conocimiento de la situación

6.1.4 Línea de actuación IV: Sistemas de información del cáncer en Asturias

OBJETIVO IV:

Crear el Sistema de Información Oncológica para Asturias (SINOPA), integrando en una única plataforma los datos más relevantes que se originan a lo largo de todo el proceso de vigilancia y atención al cáncer en Asturias.

INDICADOR IV.1.1

Nombre del indicador	Creación del sistema de información oncológica para Asturias (SINOPA)
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA
Estándar orientativo	Sistema realizado

INDICADOR IV.1.2

Nombre del indicador	Creación de una unidad multidisciplinar de profesionales dedicados de forma estable y continuada al SINOPA
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA
Estándar orientativo	Unidad creada

INDICADOR IV.1.3

Nombre del indicador	Formación inicial y continuada de personal encargado de entrada y codificación de datos en origen
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación
Nivel de desagregación	Área Sanitaria, CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

INDICADOR IV.1.4

Nombre del indicador	Definir los contenidos básicos de información sobre la situación epidemiológica y del proceso de atención cáncer a disposición de los diferentes niveles y perfiles de usuarios y usuarias través de la web de Astursalud y del OBSA.
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	CA
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Definición realizada

OBJETIVO IV:

Crear el Sistema de Información Oncológica para Asturias (SINOPA), integrando en una única plataforma los datos más relevantes que se originan a lo largo de todo el proceso de vigilancia y atención al cáncer en Asturias.

INDICADOR IV.1.5

Nombre del indicador	Definir los lotes de datos del SINOPA que serán accesibles para proyectos de investigación así como las condiciones de acceso a esos datos
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	CA
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Definición realizada

INDICADOR IV.1.6

Nombre del indicador	Conectar el SINOPA con los diferentes organismos internacionales encargados de la vigilancia y la investigación del cáncer para aumentar la potencia de estudios internacionales de investigación en cáncer
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	CA
Fuente de datos	Consejería de Salud
Estándar orientativo	Interconexión realizada

OBJETIVO IV:

Apoyar la incorporación de aquellas tecnologías emergentes que hayan demostrado su capacidad de mejorar la información destinada al tratamiento del cáncer.

INDICADOR IV.1.1

Nombre del indicador	Incorporar la patología digital a los laboratorios de anatomía patológica a fin de investigar procesos de ayuda al diagnóstico basados en inteligencia artificial.
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de hospitales del SESPA que cuentan con patología digital en los laboratorios de anatomía patológica b: Nº total de hospitales del SESPA
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	SESPA, Consejería de Salud
Estándar orientativo	100%

INDICADOR V.1.2

Nombre del indicador	Generar bancos de datos de imágenes TAC, PET-TAC, RMN de tumores a fin de investigar procesos de ayuda al diagnóstico basados en inteligencia artificial.
Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de hospitales del SESPA que cuentan con banco de datos de imágenes TAC, PET-TAC, RMN de tumores b: Nº total de hospitales del SESPA
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	SESPA, Consejería de Salud
Estándar orientativo	100%

6.1.5 Línea de actuación V: Investigación en cáncer

OBJETIVO V:

Colaborar e impulsar proyectos de investigación a nivel autonómico, nacional y europeo, incorporando la perspectiva de género en la investigación, desagregando los datos por sexo, atendiendo a diferentes exposiciones y efectos de los tratamientos.

INDICADOR V.1.1

Nombre del indicador	Evaluar la pertinencia y viabilidad de la realización de un mapa sobre grupos, Áreas e infraestructuras disponibles para la investigación en cáncer en el Principado de Asturias
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitara/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA, FINBA, Universidad de Oviedo ,AECC, otras entidades
Estándar orientativo	Mapa realizado

INDICADOR V.1.2

Nombre del indicador	Evaluar la elaboración de un Plan Autonómico de formación de postgrado en investigación en cáncer para los y las profesionales sanitarios pertenecientes al SNS
Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Área Sanitara, CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, SESPA, FINBA, Universidad de Oviedo, AECC, otras entidades
Estándar orientativo	Plan realizado

6.1.6 Línea de actuación VI: Formación y docencia

OBJETIVO VI:

Desarrollar un plan de acción formativa que integre a todos los y las profesionales sanitarios y no sanitarios implicados en la asistencia al paciente con cáncer en Asturias e incluya todas las Áreas de interés para la Estrategia

INDICADOR VI.1

Nombre del indicador	Formación continua anual a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en las materias establecidas en la Estrategia
Fórmula o sistema de medida	Nº de ediciones de los cursos de formación realizados
Nivel de desagregación	Área Sanitaria/CA
Fuente de datos	Consejería de Salud, IAAP, Unidades Docentes de Formación Especializada, Área Sanitaria
Estándar orientativo	Cursos de formación de más de 10 horas

6.1.7 Fichas de indicadores globales

INDICADOR: Tasa de mortalidad por cáncer.

Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100.000$ a=Número de defunciones por cáncer ocurridas durante un año b=Población en ese año
Explicación de términos	Los códigos de las causas de muerte de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión, utilizados para la selección de las principales causas de muerte por cáncer. Se obtienen las tasas brutas de mortalidad (fórmula indicada). Se obtienen también las tasas ajustadas por edad, utilizando como población estándar la nueva población estándar europea de 2013. Se utilizan los códigos C00-C97 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión.
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, sexo, grupo de edad y tipo tumoral
Limitaciones	No se incluyen ni los cánceres in situ, ni los tumores benignos, ni los de comportamiento incierto
Fuente de datos	Registro de Mortalidad de Asturias

INDICADOR: Mortalidad prematura por cáncer.

Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b)*100.000$ a=Número de defunciones por cáncer en menores de 75 años, durante un año b=Población menor de 75 años en ese año
Explicación de términos	Las defunciones incluyen las causas de muerte codificadas con los códigos C00-C97 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión. Se obtienen las tasas ajustadas por edad, utilizando como población estándar la nueva población estándar europea de 2013.
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, sexo, grupo de edad y tipo tumoral
Limitaciones	No se incluyen ni los cánceres in situ, ni los tumores benignos, ni los de comportamiento incierto
Fuente de datos	Registro de Mortalidad de Asturias

INDICADOR: Años potenciales de vida perdidos a los 75 años.

Fórmula o sistema de medida	<p>Años potenciales de vida perdidos antes de los 75 años: $\Sigma (75-a) =$ Suma de la diferencia entre 75 y la edad de defunción de cada defunción por cáncer anterior a 75 años de edad (a), durante un año.</p> <p>Tasa de años potenciales de vida perdidos antes de los 75 años: $(\Sigma (75-a)/b)*100.000 =$ Suma de la diferencia entre 75 y la edad de defunción de cada defunción por cáncer anterior a 75 años de edad, dividido por la población del año correspondiente por 100.000.</p> <p>Dónde: b=Población en ese año.</p>
Explicación de términos	<p>Los años potenciales de vida perdidos (APVP) son un indicador complementario de las estadísticas de mortalidad cuya utilidad es la aproximación a la mortalidad prematura. Existen varios métodos de cálculo de los APVP. Uno es el que utiliza como criterio de mortalidad evitable las defunciones anteriores a 75 años de edad. Aunque es más complejo de calcular, también es de interés conocer los años potenciales de vida perdidos a la esperanza de vida en el momento del diagnóstico.</p> <p>Las defunciones incluyen las causas de muerte codificadas con los códigos C00-C97 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10).</p> <p>Se obtiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La suma del número de años potenciales de vida perdidos antes de los 75 años ($\Sigma (75-a)$) de todos los muertos por cáncer. - La tasa de años potenciales de vida perdidos antes de los 75 años de todos los muertos por cáncer por 100.000 habitantes
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, sexo, grupo de edad y tipo tumoral
Limitaciones	No se incluyen ni los cánceres in situ, ni los tumores benignos, ni los de comportamiento incierto
Fuente de datos	Registro de mortalidad de Asturias/INCLASNS

INDICADOR: Años potenciales de vida perdidos a la esperanza de vida en el momento del diagnóstico.

Fórmula o sistema de medida	Años potenciales de vida perdidos: $\Sigma (e-a)$ =Suma de la diferencia entre la esperanza de vida en el momento del diagnóstico (e) y la edad de defunción de las defunciones por cáncer (a), durante un año. Tasa de años potenciales de vida perdidos: $(\Sigma (e-a)/b)*100.000$ Donde: b=Población en ese año.
Explicación de términos	Los años potenciales de vida perdidos (APVP) son un indicador complementario de las estadísticas de mortalidad cuya utilidad es la aproximación a la mortalidad prematura. Existen varios métodos de cálculo de los APVP. Uno es el que utiliza como criterio de mortalidad evitable las defunciones anteriores a 75 años de edad. Aunque es más complejo de calcular, también es de interés conocer los años potenciales de vida perdidos a la esperanza de vida en el momento del diagnóstico. Las defunciones incluyen las causas de muerte codificadas con los códigos C00-C97 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10). Se obtiene: - La suma del número de años potenciales de vida perdidos antes de la esperanza de vida en el momento del diagnóstico ($\Sigma (e-a)$) de todos los muertos por cáncer. - La tasa de años potenciales de vida perdidos antes de la esperanza de vida en el momento del diagnóstico de todos los muertos por cáncer. Para conocer la edad de la esperanza de vida en el momento del diagnóstico de cada defunción se utiliza la tabla de vida del año del diagnóstico correspondiente.
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, sexo, grupo de edad y tipo tumoral
Limitaciones	No se incluyen ni los cánceres in situ, ni los tumores benignos, ni los de comportamiento incierto
Fuente de datos	Registro de mortalidad de Asturias/INCLASNS

INDICADOR: Incidencia del cáncer.

Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b) \cdot 100.000$ a=Nº de casos nuevos de cáncer diagnosticados en un año. b=Población en ese año.
Explicación de términos	Se calculan tasas brutas (fórmula) y tasas ajustadas por edad, utilizando como población estándar la población Europea estándar de 2013. Los resultados obtenidos serán estimaciones a partir de los datos de incidencia de los registros de cáncer de base poblacional. Fuente de población: INE
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, sexo, grupo de edad y tipo tumoral
Limitaciones	No se incluyen ni los cánceres in situ, ni los tumores benignos, ni los de comportamiento incierto
Fuente de datos	Registro de Cáncer de Asturias/REDECAN

INDICADOR: Incidencia del cáncer infantil.

Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a/b) \cdot 1.000.000$ a=N casos nuevos de cáncer infantil (0-14 años) diagnosticados en el último quinquenio, residentes en España b= años-persona 0-14 años en ese quinquenio
Explicación de términos	Se incluyen los tipos de tumores de la tercera edición de Clasificación Internacional de Tumores Infantiles (<i>International Classification of Childhood Cancers, Third edition, first revision</i>) (ICCC-3.1) aceptada por la <i>International Agency Research of Cancer</i> (IARC). Se calculan tanto las tasas brutas (fórmula) como las tasas ajustadas por edad, utilizando dos poblaciones estándar: la población mundial estándar y la nueva población europea estándar de 2013. Fuente población: INE
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, sexo, grupo de edad y tipo tumoral Grupos de edad (0-4, 5-9, 10-14 y Global (0-14))
Limitaciones	Se incluyen los tumores benignos y los de comportamiento incierto del sistema nervioso central pero no los tumores benignos y los de comportamiento incierto de otras localizaciones. No se incluyen los cánceres in situ.
Fuente de datos	Registro Español de Tumores Infantiles (RETI), Registro de Cáncer de Asturias

INDICADOR: Supervivencia poblacional observada a los 5 años del diagnóstico de cáncer en el adulto.

Fórmula o sistema de medida	Método de cálculo: Kaplan-Meier. Se contabiliza el tiempo de supervivencia (en días) desde el primer diagnóstico hasta que finaliza el seguimiento por fallecimiento o pérdida en el seguimiento o hasta que el tiempo de seguimiento completa los 5 años
Explicación de términos	La supervivencia observada a 5 años del diagnóstico se analiza por cohortes quinquenales de fecha de diagnóstico, para pacientes residentes en Asturias. Esta supervivencia solo se ofrece para periodos completos de seguimiento a 5 años, es decir, se siguen los casos hasta su quinto aniversario desde la fecha de diagnóstico. Los casos perdidos de seguimiento a 5 años son aquellos que tienen como última fecha de seguimiento una fecha previa al quinto aniversario desde la fecha diagnóstico y no es la fecha de fallecimiento. La veracidad de la estimación de la supervivencia se basa en el seguimiento, que debe ser tan exhaustivo como sea posible. Se admite que el seguimiento debe situarse alrededor del 95%.
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, sexo, grupo de edad y tipo tumoral
Limitaciones	No se incluyen ni los tumores benignos. Tampoco se incluyen los cánceres in situ, ni los de comportamiento incierto excepto los de vejiga urinaria
Fuente de datos	Registro de Cáncer de Asturias/ REDECAN

INDICADOR: Supervivencia poblacional observada y seguimiento a 5 años del diagnóstico de cáncer en la infancia (0-14 años).

Fórmula o sistema de medida	<p>Método de cálculo: Kaplan-Meier.</p> <p>Supervivencia: Tiempo (en días) desde el primer diagnóstico hasta que finaliza el seguimiento por fallecimiento o pérdida o hasta que el tiempo de seguimiento completa los 5 años.</p> <p>% Seguimiento (indicador complementario): % de casos que entran en el estudio seguidos hasta el 5º aniversario cumplido desde la fecha de diagnóstico o bien se dispone de información precisa sobre su fecha de fallecimiento antes del 5º aniversario.</p>
Explicación de términos	<p>La supervivencia observada y el seguimiento a 5 años del diagnóstico se analizan por cohortes quinquenales de fecha de diagnóstico, para pacientes residentes en Asturias. Esta supervivencia solo se ofrece para periodos completos de seguimiento a 5 años, es decir, se siguen los casos hasta su quinto aniversario desde la fecha de diagnóstico. Los casos perdidos de seguimiento a 5 años son aquellos que tienen como última fecha de seguimiento una fecha previa al quinto aniversario desde la fecha diagnóstica, y no es la fecha de fallecimiento (% Perdidos = 100 - % Seguimiento completo).</p> <p>La veracidad de la estimación de la supervivencia se basa en el seguimiento, que debe ser tan exhaustivo como sea posible. Se admite que el seguimiento debe situarse alrededor del 95%.</p> <p>No se hacen estimaciones para grupos tumorales con menos de 15 casos.</p>
Nivel de desagregación	<p>CA, Área Sanitaria, cohortes quinquenales, , sexo, grupo de edad y tipo tumoral</p>
Limitaciones	<p>Se incluyen los tumores benignos y los de comportamiento incierto del sistema nervioso central pero no los tumores benignos y los de comportamiento incierto de otras localizaciones.</p> <p>No se incluyen los cánceres in situ.</p>
Fuente de datos	<p>Registro Español de Tumores Infantiles (RETI), Registro de Cáncer de Asturias</p>

INDICADOR: % Cobertura de la incidencia en Asturias (exhaustividad), para el cáncer infantil (0- 14 años).

Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $\text{Observados} / \text{Esperados} * 100$ Cálculo de Esperados (indicador complementario): Se utiliza la Tasa de referencia (la de los Registros de Cáncer españoles en IICC-3) y la población (años-persona del INE)
Explicación de términos	Cobertura: Proporción de casos nuevos incidentes de tumores infantiles (0-14 años) de pacientes residentes en Asturias registrada en el Registro Español de Tumores Infantiles (RETI) expresada en %. N Observados: Es el número de casos registrados en el RETI residentes en Asturias. N Esperados: Es una estimación de los casos incidentes calculada por el RETI.
Nivel de desagregación	Selección de grupos de tumores (IICC-3.1) y grupos de edad, para el quinquenio reciente, por sexo, CA y Área Sanitaria
Fuente de datos	Registro Español de Tumores Infantiles (RETI), Registro de Cáncer de Asturias

INDICADOR: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama.

Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de altas con procedimiento quirúrgico conservador. b=Nº total de altas con cualquier procedimiento quirúrgico de extirpación de cáncer de mama
Explicación de términos	Numerador: Procedimiento quirúrgico conservador: segmentectomía, cuadrantectomía, tumorectomía. (Códigos de procedimiento de la CIE-9MC: 85.20 a 85.23 y 85.25 y diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (174.X). Denominador: deben considerarse todos los procedimientos quirúrgicos de extirpación de tejido de mama y mastectomías (códigos 85.2X, 85.34 a 85.36, 85.4X) y diagnóstico principal de cáncer de mama. Incluye los procedimientos efectuados con ingreso hospitalario y los llevados a cabo mediante cirugía ambulatoria.
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, sexo, grupo de edad y tipo tumoral
Limitaciones	Es importante comprobar que no sean reintervenciones.
Fuente de datos	SESPA

INDICADOR:

Mortalidad hospitalaria tras cirugía de: Cáncer de esófago, Cáncer de páncreas, Cáncer de pulmón, Metástasis hepáticas.

Fórmula o sistema de medida	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de altas con procedimiento quirúrgico conservador b=Nº total de altas con cualquier procedimiento quirúrgico de extirpación del cáncer
Explicación de términos	Paciente que fallece en el hospital dentro de los 30 días siguientes a la intervención Denominador todas las altas que contienen los siguientes códigos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) en su versión 9-MC: <ul style="list-style-type: none"> - Cáncer de esófago: Diagnósticos: 150. 150.0. 150.1. 150.2. 150.3. 150.4. 150.5. 150.8 y 150.9 Procedimientos: 42.3. 42.31. 42.32. 42.33. 42.39. 42.4. 42.40. 42.41 y 42.42 - Cáncer de páncreas: Diagnósticos: 157. 157.0. 157.1. 157.2. 157.3. 157.4. 157.8 y 157.9 Procedimientos: 52.2. 52.21. 52.22. 52.5. 52.51. 52.52. 52.53. 52.59. 52.6 y 52.7 - Cáncer de pulmón: Diagnósticos: 162. 162.0. 162.2. 162.3. 162.4. 162.5. 162.8 y 162.9 Procedimientos: 31.5. 32. 32.0. 32.01. 32.09. 32.1. 32.2. 32.21. 32.22. 32.28. 32.29. 32.3. 32.4. 32.5. 32.6 y 32.9 - Metástasis hepáticas: Diagnósticos: 197.7 Procedimientos: 50.2, 50.21, 50.22, 50.29, 50.3 y 50.4 <p>Para el numerador se tendrán en cuenta estos mismos códigos, a los que se añade el criterio de muerte como motivo del alta.</p>
Nivel de desagregación	CA, Área Sanitaria, sexo, grupo de edad y tipo tumoral
Fuente de datos	Registro de Mortalidad de Asturias

INDICADOR: Equidad en la Estrategia del Cáncer en Asturias.

Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Explicación de términos	El análisis de la equidad se realizará a través de la herramienta “Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud” del SNS
Nivel de desagregación	Áreas Sanitarias/CA
Estándar orientativo	Análisis de la Equidad realizado
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA

INDICADOR: Estrategia del Cáncer en Asturias.

Fórmula o sistema de medida	Dicotómico (si/no)
Nivel de desagregación	Áreas Sanitarias/CA
Estándar orientativo	Estrategia redactada, desarrollada, e implantada
Fuente de datos	Consejería de Salud/SESPA

6.2 CUADRO RESUMEN DE INDICADORES POR LÍNEAS DE ACTUACIÓN

LÍNEA ESTRATEGICA I: PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
1 Objetivo I.1: Incorporar enfoques de determinantes sociales y equidad , salutogénico y de activos, intersectorialidad, acción comunitaria y participación comunitaria de manera transversal en todas las fases de los procesos	Orientar procesos intersectoriales a nivel local hacia generación de entornos saludables.	Número de procesos intersectoriales a nivel local que incorporan entornos saludables	Consejería de Salud/Ayuntamientos/FACC
	Utilización de técnicas cualitativas y cuantitativas participativas	Nº de proyectos vinculados a la Estrategia que utilizan técnicas participativas	Consejería de Salud
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, responsable de líneas y proyectos vinculados en los diversos enfoques	Nº de ediciones de los cursos de formación realizados	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada
	Participación de ciudadanía en todas las fases de los procesos / proyectos	Nº de proyectos vinculados a la Estrategia en los que ha participado la ciudadanía en todas sus fases	Consejería de Salud
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, responsable de líneas y proyectos vinculados en Promoción de la salud, incorporando el enfoque en determinantes sociales y equidad.	Nº de ediciones de los cursos de formación realizados	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada Áreas Sanitarias

LINEA ESTRATEGICA I: PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
2 Objetivo I.2: Favorecer conductas y estilos de vida saludables entre la población a lo largo de todas las etapas de la vida, incorporando el enfoque de género con estrategias diferenciadas según los patrones de consumo y hábitos determinados por el género.	Difusión del código europeo contra el cáncer	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en prevención primaria del cáncer	Nº de ediciones de los cursos de formación sobre prevención primaria del cáncer	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada Áreas Sanitarias
	Programa “Cuidando Activamente mi Salud” de la Escuela Asturiana de Cuidados.	Nº de actividades desarrolladas	Consejería de Salud
	Acción local en salud	Nº de actividades desarrolladas	Consejería de Salud Ayuntamientos
	Educación y Promoción de la Salud en la Escuela (EPS)	Nº de actividades desarrolladas	Consejería de Educación
	Desarrollo de acciones en el ámbito de las empresas	Nº de actividades desarrolladas	Consejería de Salud IAPRL SPRL FADE
	Proyecto IDEAHL	Nº de actividades desarrolladas	Consejería de Salud

LINEA ESTRATEGICA I: PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
3 Objetivo I.3: Mejorar el bienestar emocional de la población asturiana para abordar los factores vinculados al estrés, el cual propicia cambios en los estilos de vida saludables	Implementación del Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030	Porcentajes de implantación de las diferentes acciones en cada ejercicio	Consejería de Salud/SESPA
	Elaboración e implementación de la Estrategia de Bienestar Emocional de Infancia, Adolescencia y Juventud de Asturias	Porcentajes de implantación de las diferentes acciones en cada ejercicio	Consejería de Salud/SESPA/ Consejería de Educación
	Programa “Cuidando mi bienestar emocional” de la Escuela Asturiana de Cuidados	Nº de acciones desarrolladas	Consejería de Salud
4 Objetivo I.4: Promover una alimentación saludable en todas las edades de la vida	Difusión de información sobre alimentación saludable para impulsar su consumo en aquella población con mayores desigualdades en salud y en todas las edades de la vida.	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud
	Evaluación del Programa 16 del Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2021-2025	A establecer por la Agencia de Seguridad Alimentaria, Sanidad Ambiental y Consumo.	Agencia de Seguridad Alimentaria, Sanidad Ambiental y Consumo.
	Porcentaje de la población asturiana que consume fruta o verdura a diario	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas que declara consumir fruta o verdura a diario en la encuesta b= Población total que realiza la encuesta	ESA ESIA
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en nutrición y alimentación saludable	Nº de ediciones de los cursos de formación sobre nutrición y alimentación saludable	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada Áreas Sanitarias

LINEA ESTRATEGICA I: PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
5 Objetivo I.5: Reducir la inactividad física y el sedentarismo .	Prevalencia de inactividad física en la población asturiana ≥18 años	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas ≥18años que no alcanzan las recomendaciones actuales de actividad física b= Población ≥18 años encuestada	ESA
	Prevalencia de inactividad física en la población asturiana 2-17 años	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas 2-17 años que no alcanzan las recomendaciones actuales de actividad física b= Población 2-17 años encuestada	ESIA
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en consejo sobre actividad física y prescripción de ejercicio físico para la salud.	Nº de ediciones de los cursos de formación sobre consejo sobre la actividad física y prescripción de ejercicio para la salud	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada Áreas Sanitarias
6 Objetivo I.6: Disminuir el sobrepeso y la obesidad	Prevalencia de sobrepeso/ obesidad en población asturiana ≥18 años	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas ≥18 años que presenta un IMC ≥25 (sobrepeso) /IMC ≥30 (obesidad) b= Población≥18 años encuestada	ESA
	Prevalencia de sobrepeso/ obesidad en población asturiana 2-17 años	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas entre 2-17 años con un percentil 85-95 (sobrepeso) / >95 (obesidad) o superior en tablas estudio semilongitudinal de Orbegozo b= Población 2-17 años encuestada	ESIA
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en alimentación y nutrición saludable	Nº de ediciones de los cursos de formación sobre alimentación y nutrición saludable	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada Áreas Sanitarias

LINEA ESTRATEGICA I: PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
7 Objetivo I.7: Reducir el consumo de tabaco (se actualizarán cuando sea oficial el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo del Ministerio de Sanidad)	Prevalencia del consumo de tabaco diario y ocasional en la población asturiana	Fumadores diarios: • Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de personas que se declaran ser fumadoras en la encuesta b=Nº de personas que realizan la encuesta Fumadores ocasionales: • Fórmula: $(c / b) * 100$ c=Nº de personas que se declaran ser fumadores ocasionales en la encuesta b=Nº de personas que realizan la encuesta	ESA ESTUDES EDADES
	Realización anual de las Jornadas de la Red Asturiana de Centros Sanitarios libres de tabaco	Dicotómico (sí/no)	Consejería de Salud
	Aumento del nº de playas adheridas a la iniciativa playas sin humo	Evolución anual del número de playas adheridas a la iniciativa playas sin humo	Consejería de Salud Ayuntamientos
	Prevalencia de fumadores con tratamiento farmacológico financiado por el SNS para la cesación tabáquica	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de fumadores con tratamiento farmacológico de apoyo a la cesación tabáquica b=Nº de fumadores en programa de la cesación tabáquica	Consejería de Salud SESPA
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en consejos, técnicas y recursos para dejar de fumar	Nº de ediciones de los cursos de formación sobre consejos, técnicas y recursos para dejar de fumar	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada Áreas Sanitarias

LINEA ESTRATEGICA I: PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
8 Objetivo I.8: Reducir el consumo de bebidas alcohólicas	Prevalencia de consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo en personas adultas	Fórmula: $(a/b)*100$ a= Número personas de 15 y más años que declaran un consumo de alcohol en cantidades consideradas por encima de los límites de bajo riesgo b= Población de 15 y más años encuestada	ESA ESTUDES EDADES
	Informe anual del Observatorio sobre drogas y adicción a las bebidas alcohólicas del Principado de Asturias	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en prevención y detección del alcoholismo y redes de apoyo	Nº de ediciones de los cursos de formación en prevención y detección del alcoholismo y redes de apoyo	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada Áreas Sanitarias
9 Objetivo I.9: Prevención del Cáncer de Piel	Realización de campañas de difusión en prevención del cáncer de piel	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud
10 Objetivo I.10: Alcanzar una cobertura vacunal frente al virus del papiloma humano (VPH) según las indicaciones establecidas en el Programa de Vacunaciones de Asturias vigente en el momento, igual o superior al 80% con el esquema completo de vacunación.	Cobertura de vacunación VPH sistemática	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de población objetivo establecida en Programa de Vacunaciones de Asturias con pauta completa b=Total población objetivo establecida en Programa de Vacunaciones de Asturias	Consejería de Salud SESPA
11 Objetivo I.11: Fomentar la vacunación no sistemática frente al VPH en los grupos de riesgo indicados	Cobertura de vacunación VPH no sistemática	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas vacunadas con pauta completa b=Total población con indicación de vacunación no sistemática atendidas en el sistema sanitario	Consejería de Salud SESPA

LINEA ESTRATEGICA I: PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
12 Objetivo I.12: Mejorar la cobertura vacunal frente al virus de la hepatitis B tanto sistemática (cobertura igual o superior al 95% con tres dosis en población de 12 meses de edad) y no sistemática.	Cobertura de vacunación VHB	Fórmula: $(a/b) * 100$ a=Nº de niños y niñas de 12 meses de edad vacunados con tres dosis frente al VHB b= Población total de niños y niñas de 12 meses de edad	Consejería de Salud SESPA
13 Objetivo I.13: Reducir la incidencia de Hepatitis C en la población general y especialmente en poblaciones clave.	Evaluación anual del Plan de Acción para la eliminación de la Hepatitis C	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA
14 Objetivo I.14: Continuar con la vigilancia que los múltiples factores de riesgo o condicionantes ambientales pueden suponer para la población asturiana	Evaluación anual del Plan de Asturias de Salud y Medioambiente (PASYMA)	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud
15 Objetivo I.15: Mejorar el sistema de información y vigilancia del cáncer laboral y de los carcinógenos en el entorno laboral.	Creación de una línea de trabajo que permita retomar la vigilancia en salud laboral que incluye el cáncer y sus determinantes	Dicotómico (si/no)	A establecer
	Trabajadores/as expuestos al amianto incluidos en el Registro de trabajadores/as expuestos/as al amianto (RETEA)	Nº de trabajadores/as expuestos al amianto incluidos en el RETEA	IAPRL RETEA
	Trabajadores/as expuestos al amianto incluidos en el RETEA seguidos en el Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos al Amianto (PIVISTEA)	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de trabajadores/as expuestos al amianto seguidos en el PIVISTEA b=Nº de trabajadores/as expuestos al amianto incluidos en el RETEA	IAPRL PIVISTEA RETEA

LINEA ESTRATEGICA I: PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
16 Objetivo I.16: Favorecer el reconocimiento médico-legal del cáncer profesional	Elaboración y publicación anual del informe de resultados del Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional (EVASCAP): Programa de comunicación de casos sospechosos de origen laboral	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud IAPRL
	Trabajadores con reconocimiento de su patología como de origen laboral derivados por EVASCAP	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de trabajadores/as con cáncer de origen laboral reconocido b=Nº de trabajadores/as con sospecha de cáncer de origen laboral derivados desde EVASCAP	Consejería de Salud Inspección Médica del SESPA INSS
	Formación del personal SESPA, Mutuas de la SS, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en sospecha de cáncer de origen laboral e historia laboral	Nº de cursos de formación en sospecha de cáncer de origen laboral e historia laboral	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada
	Formación del personal SESPA, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en circuitos de derivación a EVASCAP/ Inspección Médica/INSS.	Nº de cursos de formación en circuitos de derivación a EVASCAP/ Inspección Médica/INSS.	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada

LINEA ESTRATEGICA I: PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
17 Objetivo I.17: Protección, apoyo y promoción de la lactancia materna (LM) exclusiva hasta los 6 meses de edad y desde los 6 meses hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo/a lo deseen.	Protección, apoyo y promoción de la lactancia materna	Nº de centros sanitarios que cuenten con políticas de apoyo a la lactancia durante los 6 primeros meses de vida	SESPA
	Difusión de los beneficios de la lactancia materna como intervención para la prevención de prevención del cáncer de mama, ovario y endometrio	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada en protección, promoción y apoyo a la lactancia materna	Nº de cursos de formación en protección, promoción y apoyo a la lactancia materna	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada

LINEA ESTRATEGICA II: PREVENCIÓN SECUNDARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
18 Objetivo II.1: Mejorar la cobertura anual y la participación en el programa poblacional de detección precoz de cáncer de mama	Cobertura (anual) del programa de detección precoz de cáncer de mama	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de mujeres de entre 50 y 69 años, ambos inclusive, a las que se ha ofertado participar en el programa de detección precoz de cáncer de mama b=Nº de mujeres de 50 a 69 años y residentes en Asturias a 31 de diciembre del año que se evalúa	Consejería de Salud SESPA
	Participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de mujeres de entre 50 y 69 años, ambos inclusive, que han participado en el programa de detección precoz de cáncer de mama b=Nº de mujeres a las que se les ha ofertado la prueba	Consejería de Salud SESPA
	Tasa de detección de cáncer de mama	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de mujeres que, tras la realización de las pruebas necesarias para el diagnóstico precoz de cáncer de mama, obtienen una confirmación diagnóstica de padecer cáncer b=Nº de mujeres a las que se les ha realizado mamografías de cribado	Consejería de Salud SESPA
	Porcentaje de mujeres que declaran haberse realizado una mamografía de cribado	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Número de mujeres de 50 a 69 años que declaran haberse realizado una mamografía en los dos años previos a la entrevista. b=Número total de mujeres entrevistadas de 50 a 69 años.	ESA

LINEA ESTRATEGICA II: PREVENCIÓN SECUNDARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
19 Objetivo II.2: Implementación del programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero	Cobertura del programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de mujeres de entre 25 y 65 años, ambos inclusive, a las que se ha ofertado participar en el programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero b=Nº de mujeres de 25 a 65 años y residentes en Asturias a 31 de diciembre del año que se evalúa	Consejería de Salud SESPA
	Participación en el programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de mujeres de entre 25 y 65 años, ambos inclusive, que han participado en el programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero b=Nº de mujeres a las que se les ha ofertado la prueba	Consejería de Salud SESPA
	Tasa de detección de cáncer de cuello de útero	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de mujeres que, tras la realización de las pruebas necesarias para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero, obtienen una confirmación diagnóstica de padecer cáncer b=Nº de mujeres a las que se les ha realizado el cribado del cáncer de cuello de útero	Consejería de Salud SESPA

LINEA ESTRATEGICA II: PREVENCIÓN SECUNDARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
Objetivo II.2: Implementación del programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero	Porcentaje de mujeres con citología o prueba de detección de VPH realizada	Fórmula: $(a1/b1)*100$ a1=Nº de mujeres de 25 a 34 años que declaran haberse realizado una citología en los tres años previos a la entrevista b1=Nº total de mujeres entrevistadas de 25 a 34 años Fórmula: $(a2/b2)*100$ a2=Nº de mujeres de 35 a 65 años que declaran haberse realizado la prueba de detección de VPH citología en los cinco años previos a la entrevista b2=Nº total de mujeres entrevistadas de 35 a 65 años	ESA
20 Objetivo II.3: Mejorar la cobertura anual y la participación en el programa poblacional de detección precoz de cáncer de colon-recto	Cobertura del programa de detección precoz de cáncer de colon-recto	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas de entre 50 y 69 años, ambos inclusive, a las que se ha ofertado participar en el programa de detección precoz de cáncer de colon b=Nº de personas de 50 a 69 años, ambos inclusive, y residentes en Asturias 31 de diciembre del año que se evalúa	Consejería de Salud SESPA
	Participación en el programa de detección precoz de cáncer de colon-recto	Fórmula: $(a / b)*100$ a=Nº de personas de 50 a 69 años a las que se efectúa la prueba de sangre oculta en heces b=Nº de personas de 50 a 69 años a las que se les ha ofertado la realización de dicha prueba	Consejería de Salud SESPA

LINEA ESTRATEGICA II: PREVENCIÓN SECUNDARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
Objetivo II.3: Mejorar la cobertura anual y la participación en el programa poblacional de detección precoz de cáncer de colon-recto	Porcentaje de personas que declaran haberse realizado medición de sangre oculta en heces	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas de 50 a 69 años que declaran haberse realizado una prueba de sangre oculta en heces b=Nº de personas entrevistadas de 50 a 69 años	ESA
	Proporción de prueba de sangre oculta en heces positivo	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas de 50 a 69 años en las que la prueba de sangre oculta en heces ha dado un resultado positivo b=Nº de personas a las que se les ha realizado la prueba de cribado	Consejería de Salud SESPA
	Tasa de detección de adenomas de alto riesgo	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas de 50 a 69 años a las que, realizado la prueba de cribado y el resto de pruebas necesarias para una confirmación diagnóstica, se detecta la existencia de un adenoma de alto riesgo b=Nº de personas a las que se les ha realizado la prueba de cribado	Consejería de Salud SESPA
	Tasa de detección de cáncer invasivo de colon-recto	Fórmula: $(a/b)*100$ a=Nº de personas de 50 a 69 años a las que, realizado la prueba de cribado y el resto de pruebas necesarias para una confirmación diagnóstica, se detecta la existencia de un cáncer invasivo de colon / recto b=Nº de personas a las que se les ha realizado la prueba de cribado	Consejería de Salud SESPA

LINEA ESTRATEGICA II: PREVENCIÓN SECUNDARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
21 Objetivo II.4: Evaluación de los programas de cribado poblacional	Sistema de información que permita medir la evolución en tiempo y forma de los programas de cribado	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA
	Elaboración y publicación de un informe anual de evaluación de los diferentes programas de cribado	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA
22 Objetivo II.5: Establecer el diagnóstico precoz del VHC en poblaciones prioritarias a través del cribado	Realizar campañas de cribado de VHC en poblaciones específicas	Nº de campañas realizadas	Consejería de Salud SESPA
23 Objetivo II.6: Implementación del proyecto piloto nacional del cribado del cáncer de pulmón .	Coste de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) del cribado con TCBD	Coste en euros por AVAC	Consejería de Salud SESPA
	Tasa de detección de cáncer de pulmón	Fórmula: $(a/b) \cdot 100$ a=Nº de personas de 50 a 75 años a las que, realizado la prueba de cribado y el resto de pruebas necesarias para una confirmación diagnóstica, se detecta la existencia de un cáncer de pulmón b=Nº de personas a las que se les ha realizado la prueba de cribado	Consejería de Salud SESPA
24 Objetivo II.7: Participar en el análisis para la introducción de nuevos programas de cribado de cáncer, a través de la Ponencia de Cribados de la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.	Evaluación de la pertinencia y viabilidad, de acuerdo con los criterios de la ponencia, de la Introducción de nuevos programas de cribado.	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA

LINEA ESTRATEGICA II: PREVENCIÓN SECUNDARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
<p>25 Objetivo II.8: Mejorar la formación del personal de Atención Primaria (AP) en los Programas de Cribado Poblacional del Cáncer y sus indicaciones.</p>	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada en Programas de Cribado Poblacional de Cáncer.	Nº de cursos de formación en Programas de Cribado Poblacional de Cáncer.	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada
<p>26 Objetivo II.9: Potenciar el acceso a la Unidad de Cáncer Familiar del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) de las personas con sospecha de un posible síndrome de predisposición hereditaria al cáncer</p>	Actualización de la Guía de Consejo Genético en Cáncer para los y las profesionales en función de la incorporación de nuevos síndromes que cuenten con evidencia científica	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada para mejorar la sospecha diagnóstica de cáncer hereditario y los circuitos de derivación	Nº de cursos de formación en mejora de la sospecha diagnóstica de cáncer hereditario y los circuitos de derivación	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
<p>27</p> <p>Objetivo III.1: Creación de Unidades Asistenciales Multidisciplinares (UAM) para la atención del paciente con cáncer en Asturias en la edad adulta</p>	Unidades Asistenciales Multidisciplinares (UAM) para la atención del paciente con cáncer en Asturias en la edad adulta	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de hospitales que cuentan con unidades multidisciplinares de tumores b=Nº de hospitales evaluados que atienden a pacientes con cáncer	SESPA Área Sanitaria
	Pacientes con diagnóstico de cáncer valorados por UAM	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer (excluyendo los tumores de piel no melanomas) que han sido valorados por una unidad multidisciplinar de tumores b= Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer (excluyendo los tumores de piel o melanomas)	SESPA Área Sanitaria
	Creación de la figura de gestor/a de caso en la UAM	Dicotómico (si/no)	SESPA Área Sanitaria
	Elaboración y publicación de Protocolos de actuación clínica y circuitos de derivación para los cánceres más frecuentes, especialmente mama, colon-recto, pulmón, próstata, ovario, vejiga urinaria, hematológicos, melanoma	Dicotómico (si/no)	SESPA
	Protocolo consensuado de atención y seguimiento al paciente con cáncer entre los servicios de oncología médica, hematología clínica, oncología radioterápica y el servicio de urgencias	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de hospitales con protocolo consensuado entre los servicios de oncología médica, hematología clínica, oncología radioterápica y el servicio de urgencias b=Nº de hospitales con servicio de urgencias	SESPA

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
Objetivo III.1: Creación de Unidades Asistenciales Multidisciplinares (UAM) para la atención del paciente con cáncer en Asturias en la edad adulta	Protocolo consensuado de información al paciente y sus familiares	Dicotómico (si/no)	SESPA
28 Objetivo III.2: Centralización de tratamientos complejos y/o tumores de baja incidencia en Unidades de Referencia Autonómicas	Creación de Unidades de Referencia Autonómicas, para la atención al cáncer, tumores raros y procedimientos de alta complejidad, que garantice el acceso a recursos idóneos y la continuidad asistencial de cada paciente	Dicotómico (si/no)	SESPA
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada en tumores de baja incidencia y tratamientos complejos y sus circuitos asistenciales	Nº de cursos de formación en tumores de baja incidencia y tratamientos complejos y sus circuitos asistenciales	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada
29 Objetivo III.3: Mejorar la sospecha diagnóstica implementando un programa de Diagnóstico Rápido de Cáncer , para poder cumplir las recomendaciones establecidas en la Estrategia en Cáncer del SNS	Intervalo de derivación desde atención primaria a atención hospitalaria	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre la sospecha en atención primaria y la primera visita en atención hospitalaria es igual o inferior a 7 días naturales b=Nº total de pacientes con diagnóstico de sospecha de cáncer en atención primaria	SESPA

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
Objetivo III.3: Mejorar la sospecha diagnóstica implementando un programa de Diagnóstico Rápido de Cáncer, para poder cumplir las recomendaciones establecidas en la Estrategia en Cáncer del SNS	Intervalo desde la primera visita en atención hospitalaria hasta el diagnóstico patológico de cáncer o ausencia del mismo	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre la primera visita en atención hospitalaria hasta el diagnóstico patológico de cáncer o ausencia del mismo es igual o inferior a 15 días naturales b=Nº total de pacientes atendidos en primera consulta de atención hospitalaria derivados de atención primaria por sospecha de cáncer	SESPA
	Servicios de Anatomía Patológica acreditados con norma ISO	Nº de Servicios de AP que cuentan con norma ISO	SESPA Área Sanitaria
	Incorporación de la biopsia líquida y líneas de genotipado de tumores que permitan detectar la frecuencia y penetrancia de variaciones genéticas que aumenten la susceptibilidad a determinados tipos de cáncer en la población asturiana	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de hospitales del SESPA que cuentan con patología digital en los laboratorios de anatomía patológica b: Nº total de hospitales del SESPA	SESPA Área Sanitaria
	Sistema de doble lectura de prueba de diagnóstico en tumores raros en los Servicios de Anatomía Patológica	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de hospitales del SESPA que cuentan con doble lectura de prueba de diagnóstico en los laboratorios de anatomía patológica b: Nº total de hospitales del SESPA	SESPA Área Sanitaria

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
Objetivo III.3: Mejorar la sospecha diagnóstica implementando un programa de Diagnóstico Rápido de Cáncer, para poder cumplir las recomendaciones establecidas en la Estrategia en Cáncer del SNS	Intervalo desde primera visita en atención hospitalaria hasta el diagnóstico molecular de cáncer o ausencia del mismo	Fórmula: $(a / b) * 100$ a= Nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre la primera visita en atención hospitalaria hasta el diagnóstico molecular de cáncer o ausencia del mismo es igual o inferior a 4 semanas b= Nº total de pacientes atendidos en primera consulta de atención hospitalaria derivados de atención primaria por sospecha de cáncer	SESPA
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada en diagnóstico de sospecha del cáncer	Nº de cursos de formación en mejora del manejo de la patología oncológica así como en la detección de los cánceres más prevalentes	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada
	Formación a los y las profesionales de salud, MIR y EIR en dermatoscopia	Nº de cursos de formación en dermatoscopia	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
30 Objetivo III.4: Disminuir el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer (incluyendo el estudio de extensión y el estudio patológico completo) hasta el inicio efectivo del tratamiento para poder cumplir las recomendaciones establecidas en la Estrategia en Cáncer del SNS	Intervalo diagnóstico histopatológico-tratamiento quirúrgico	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre el diagnóstico histopatológico y el tratamiento quirúrgico es igual o inferior a 2 semanas b= Nº total de pacientes con diagnóstico de sospecha de cáncer en atención primaria	SESPA
	Intervalo diagnóstico histopatológico-tratamiento sistémico	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre el diagnóstico histopatológico y el tratamiento sistémico es igual o inferior a 1 semana b= Nº total de pacientes con diagnóstico de sospecha de cáncer en atención primaria	SESPA

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
Objetivo III.4: Disminuir el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer (incluyendo el estudio de extensión y el estudio patológico completo) hasta el inicio efectivo del tratamiento para poder cumplir las recomendaciones de la Estrategia	Intervalo diagnóstico histopatológico-tratamiento con radioterapia incluyendo el proceso de planificación	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre el diagnóstico histopatológico y el tratamiento con radioterapia es igual o inferior a 4 semanas b= Nº total de pacientes con diagnóstico de sospecha de cáncer en atención primaria	SESPA
31 Objetivo III.5: Promover el conocimiento y las habilidades de relación y de comunicación de los y las profesionales asistenciales con los y las pacientes para la toma de decisiones compartidas	Formación del personal que atiende a pacientes con cáncer para mejorar las habilidades de relación y de comunicación	Nº de cursos de formación dirigidos a profesionales sanitarios para mejorar sus habilidades de relación y de comunicación en la atención a los pacientes con cáncer	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada
	Formación dirigida a pacientes con cáncer y cuidadores difundida a través de la AECC y otras asociaciones	Nº de fuentes de información y herramientas de formación dirigidos a pacientes con cáncer, familiares y cuidadores difundidos a través de la AECC y otras asociaciones	Consejería de Salud AECC Asociación Galbán
	Formación transversal para residentes en habilidades de relación y de comunicación con pacientes	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA Unidades Docentes F. Especializada

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
32 Objetivo III.6: Mejorar la detección precoz del malestar emocional (distress) entre pacientes, familiares y cuidadores	Hospitales que cuentan con una herramienta estandarizada para la detección precoz del malestar emocional	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de hospitales que atienden a pacientes con cáncer que cuenta con herramienta/s estandarizada para la detección precoz del malestar emocional (distress) integrada en la historia clínica b=Nº total de hospitales que atienden a pacientes con cáncer	SESPA
	Cribado de la detección precoz de malestar emocional	Fórmula: $(a / b) * 100$ a= Nº de pacientes con cáncer que han recibido cribado para la detección de precoz de malestar emocional (distress) b= Nº de pacientes con cáncer	SESPA
	Desarrollo de la Acción 3.2.2.1. del Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA
33 Objetivo III.7: Promover la derivación a las Unidades de Reproducción Humana	Derivación a Unidades de Reproducción Humana para el asesoramiento en relación con la preservación de la fecundidad	Fórmula: $(a / b) * 100$ a= Nº de pacientes diagnosticados de cáncer en edad fértil derivados a las Unidades de Reproducción Humana para el asesoramiento en relación con la preservación de la fecundidad b= Nº de pacientes con cáncer en edad fértil	SESPA

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
34 Objetivo III.8: Evaluar la seguridad del paciente con cáncer de manera transversal a lo largo de todo el proceso	Incidentes relacionados con la medicación	Fórmula: $(a / b) * 100$ a= Nº de notificaciones recibidas relacionadas con medicación específica para el tratamiento del cáncer en las que se ha investigado sus causas profundas y se han establecido acciones de mejora b= Nº total de notificaciones recibidas relacionadas con medicación específica para el tratamiento del cáncer	SiNASP
	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada en Seguridad del Paciente Oncológico y gestión del riesgo en todos los procedimientos, actividades y/o componentes del proceso asistencial.	Nº de cursos de formación en Seguridad del Paciente Oncológico y gestión del riesgo en todos los procedimientos, actividades y/o componentes del proceso asistencial.	Consejería de Salud SESPA Unidades Docentes F. Especializada
35 Objetivo III.9: Proporcionar una adecuada atención socio-sanitaria a las personas enfermas de cáncer y sus familiares, según sus necesidades	Plan individualizado de atención social	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de pacientes con cáncer atendidos que cuentan con un plan individualizado de atención social en la historia clínica b=Nº de pacientes con cáncer atendidos	Consejería de Salud SESPA Consejería de Derechos Sociales y Bienestar Consejería de Industria, Empleo y Promoción
	Estudio del impacto laboral, psicológico y social de las personas enfermas de cáncer y a sus familiares	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA Consejería de Derechos Sociales y Bienestar Consejería de Industria, Empleo y Promoción

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
36 Objetivo III.10: Establecer un plan individualizado de seguimiento tanto en los casos de cáncer activo como en los largos supervivientes (pacientes que han sobrevivido, sin enfermedad observable, que ya no reciben tratamiento, y que al menos ha transcurrido un periodo de cinco años desde el diagnóstico), siempre consensuado con el paciente, favoreciendo las decisiones compartidas e impulsar los medios necesarios para que dicho Plan sea conocido por todos los y las profesionales al cuidado de la persona.	Porcentaje de largos supervivientes con plan individualizado de seguimiento	Fórmula: $(a / b) * 100$ a=Nº de largos supervivientes de cáncer que reciben al alta un plan individualizado de seguimiento b=Nº de largos supervivientes de cáncer evaluados	Consejería de Salud SESPA
	Evaluar la pertinencia y viabilidad de la creación de un mapa de asociaciones y recursos para las personas enfermas de cáncer y sus familias en Asturias, de forma participativa, vinculado al Convenio con la AECC, y su difusión a través de mapa de activos del Observatorio de Salud del Principado de Asturias.	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA AECC Asociación Galbán
	Programa “Cuidándome después del cáncer” de la Escuela Asturiana de Cuidados.	Nº de actividades desarrolladas	Consejería de Salud
37 Objetivo III.11: Cumplir los objetivos de la estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias 2023-2030	Pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos con un plan personalizado	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número total de pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos con un plan personalizado b: Número total de pacientes incluidos en Cuidados Paliativos	ECAP
	Pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos con registro en escala de dolor	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número total de pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos con registro en la escala de dolor b: Número total de pacientes incluidos en Cuidados Paliativos	ECAP

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
Objetivo III.11: Cumplir los objetivos de la estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias 2023-2030	Pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos con registro en la escala de Karnofsky	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número total de pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos con registro en la escala de Karnofsky b: Número total de pacientes incluidos en Cuidados Paliativos	ECAP
	Personas a las que se les ha aportado información en consulta enfermera sobre documento de instrucciones previas	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número total de personas a las que se les ha aportado información en consulta enfermera sobre documento de instrucciones previas b: Número de personas ≥ 18 años que tengan al menos un registro en la Historia Clínica en los últimos dos años	ECAP
	Pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos en tratamiento con mórficos	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número total de pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos en tratamiento con mórficos b: Número total de pacientes incluidos en Cuidados Paliativos	ECAP
	Sesiones sobre Cuidados Paliativos impartidas por profesionales del Equipo de Apoyo de Cuidados Paliativos (ESAD/EACP).	Numero de sesiones impartidas	Áreas Sanitarias SESPA
	Sesiones impartidas en el Instituto Asturiano de Administración Pública Adolfo Posada (IAAP) sobre Cuidados Paliativos	Numero de sesiones impartidas	IAAP

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
Objetivo III.11: Cumplir los objetivos de la estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias 2023-2030	Pacientes clasificados como NECPAL+ con la herramienta NECPAL CCOMS-ICO 4.0	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número pacientes clasificados con la herramienta NECPAL+ b: Número pacientes con valoración por la herramienta NECPAL	ECAP
	Pacientes valorados como NECPAL+ incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Número total de pacientes valorados como NECPAL+ incluidos en el Programa de Cuidados Paliativo b: Número total de pacientes valorados como NECPAL+	ECAP
	Número de niños y adolescentes con cuidados paliativos en fase final de la vida atendidos en domicilio	Total de niños y adolescentes atendidos en domicilio según registros UMCP	UMCPP

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
38 Objetivo III.12: Proporcionar información necesaria sobre la prestación de la eutanasia y explorar el deseo anticipatorio de la muerte del paciente, si procede.	Formación a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada en prestación de la eutanasia	Nº de cursos de formación en actualización en prestación de la eutanasia	Consejería de Salud IAAP Unidades Docentes F. Especializada
	Difundir información dirigida a la población general, sobre la prestación de la eutanasia en nuestra CA.	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA
39 Objetivo III.13: Creación de un organismo autónomo con el objetivo de facilitar una atención integral a las personas enfermas de cáncer en la infancia y la adolescencia .	Valoración del paciente con cáncer infantil y de la adolescencia por el comité autónomo de coordinación asistencial	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de pacientes < 18 años diagnosticados de cáncer en el año revisados por el comité autónomo de coordinación asistencial b: Nº de pacientes <18 años diagnosticados de cáncer en el año	Consejería de Salud SESPA
	Protocolo del comité autónomo de coordinación asistencial	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA
	Oferta asistencial disponible	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA

LINEA ESTRATEGICA III: ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
40 Objetivo III.14: Asegurar la mejor atención sanitaria posible al cáncer infantil y de la adolescencia, implantando las recomendaciones de CISNS de 2018	Designación de unidades de oncohematología pediátrica (UOP) multidisciplinares	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA
	Volumen de pacientes	Número de pacientes nuevos <18 años atendidos por una UOP en un año	Consejería de Salud SESPA
	Atención continuada en UOP	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de UOP con atención continuada b: Nº de UOPs designadas	Consejería de Salud SESPA
	Actividades de investigación en cáncer infantil realizadas por UOP	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de UOP donde se realizan actividades de investigación b: Nº de UOPs designadas	Consejería de Salud SESPA
	Accesibilidad directa tanto de pacientes como de familiares a las UOP	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de UOP con accesibilidad directa tanto de pacientes como de familiares a las UOP b: Nº de UOPs designadas	Consejería de Salud SESPA
	Registro de actividad de la UOP	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de UOP con registro de pacientes atendidos b: Nº de UOPs designadas	Consejería de Salud SESPA
	Derivación a otras CC.AA	Fórmula: $(a / b) * 100$ a:Nº de pacientes < 18 años con cáncer derivados a otra CA en el año b:Nº de pacientes < 18 años con cáncer en el año	Consejería de Salud SESPA

LINEA ESTRATEGICA IV: SISTEMA DE INFORMACION DEL CANCER EN ASTURIAS

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
41 Objetivo IV.1: Crear el sistema de información oncológica para Asturias (SINOPA), integrando en una única plataforma los datos más relevantes que se originan a lo largo de todo el proceso de vigilancia y atención al cáncer en Asturias.	Creación del sistema de información oncológica para Asturias (SINOPA)	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA
	Creación de una unidad multidisciplinar de profesionales dedicados de forma estable y continuada al SINOPA	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA
	Formación inicial y continuada de personal encargado de entrada y codificación de datos en origen	Nº de ediciones de los cursos de formación	Consejería de Salud IAAP
	Definir los contenidos básicos de información sobre la situación epidemiológica y del proceso de atención cáncer a disposición de los diferentes niveles y perfiles de usuarios y usuarias través de la web de Astursalud.	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud
	Definir los lotes de datos del SINOPA que serán accesibles para proyectos de investigación así como las condiciones de acceso a esos datos	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud
	Conectar el SINOPA con los diferentes organismos internacionales encargados de la vigilancia y la investigación del cáncer para aumentar la potencia de estudios internacionales de investigación en cáncer	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud

LINEA ESTRATEGICA V: SISTEMA DE INFORMACION DEL CANCER EN ASTURIAS

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
<p>42 Objetivo IV.2: Apoyar la incorporación de aquellas tecnologías emergentes que hayan demostrado su capacidad de mejorar la información destinada al tratamiento del cáncer.</p>	Incorporar la patología digital a los laboratorios de anatomía patológica a fin de investigar procesos de ayuda al diagnóstico basados en inteligencia artificial.	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de hospitales del SESPA que cuentan con patología digital en los laboratorios de anatomía patológica b: Nº total de hospitales del SESPA	Consejería de Salud SESPA
	Generar bancos de datos de imágenes TAC, PET-TAC, RMN de tumores a fin de investigar procesos de ayuda al diagnóstico basados en inteligencia artificial.	Fórmula: $(a / b) * 100$ a: Nº de hospitales del SESPA que cuentan con banco de datos de imágenes TAC, PET-TAC, RMN de tumores b: Nº total de hospitales del SESPA	Consejería de Salud SESPA

LINEA ESTRATEGICA V: INVESTIGACION EN CANCER

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
43 Objetivo V.1: Colaborar e impulsar proyectos de investigación a nivel autonómico, nacional y europeo, incorporando la perspectiva de género en la investigación, desagregando los datos por sexo, atendiendo a diferentes exposiciones y efectos de los tratamientos.	Evaluar la pertinencia y viabilidad de la realización de un mapa sobre grupos, áreas e infraestructuras disponibles para la investigación en cáncer en el Principado de Asturias	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA Unidades Docentes F. Especializada FINBA ISPA Universidad de Oviedo AECC Otras entidades
	Evaluar la elaboración de un Plan Autonómico de formación de postgrado en investigación en cáncer para los y las profesionales sanitarios pertenecientes al SNS	Dicotómico (si/no)	Consejería de Salud SESPA Unidades Docentes F. Especializada FINBA ISPA Universidad de Oviedo

LINEA ESTRATEGICA VI: FORMACION Y DOCENCIA

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE
44 Objetivo VI.1: Desarrollar un plan de acción formativa que integre a todos los y las profesionales sanitarios y no sanitarios implicados en la asistencia al paciente con cáncer en Asturias que incluya todas las Áreas de interés para la Estrategia	Formación continua anual a los y las profesionales de salud, incluyendo al personal en Formación Sanitaria Especializada, en las materias establecidas en la Estrategia	Nº de ediciones de los cursos de formación realizados	Consejería de Salud SESPA IAAP Unidades Docentes F. Especializada Áreas Sanitarias

6.3 INDICADORES GLOBALES

INDICADORES	FUENTE
Tasa de mortalidad por cáncer	Registro de Mortalidad Asturias
Mortalidad prematura por cáncer	Registro de Mortalidad Asturias
Años potenciales de vida perdidos a los 75 años	Registro de Mortalidad Asturias /INCLASNS
Años potenciales de vida perdidos a la esperanza de vida en el momento de diagnóstico	Registro de Mortalidad Asturias /INCLASNS
Incidencia de cáncer	Registro de Cáncer de Asturias
Incidencia de cáncer infantil	Registro Español de Tumores Infantiles (RETI), Registro de Cáncer de Asturias
Supervivencia poblacional observada a los 5 años del diagnóstico de cáncer en el adulto	Registro de Cáncer de Asturias
Supervivencia poblacional neta a los 5 años del diagnóstico de cáncer en el adulto	Registro de Cáncer de Asturias
Supervivencia poblacional observada y seguimiento a 5 años del diagnóstico de cáncer en la infancia (0-14 años)	Registro Español de Tumores Infantiles (RETI), Registro de Cáncer de Asturias
% Cobertura de la incidencia en España (exhaustividad), para el cáncer infantil (0- 14 años)	Registro Español de Tumores Infantiles (RETI), Registro de Cáncer de Asturias
Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama	SESPA
Mortalidad hospitalaria tras cirugía de: a. Cáncer de esófago b. Cáncer de páncreas c. Cáncer de pulmón d. Metástasis hepáticas	SESPA CMBD
Equidad en la Estrategia del Cáncer en Asturias	Consejería de Salud/SESPA
Estrategia del Cáncer en Asturias	Consejería Salud/SESPA

7 CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN

Para la elaboración del documento de la estrategia frente al cáncer se ha seguido el siguiente cronograma:

Octubre 2022: Inicio de la elaboración del documento

Noviembre 2022 - 2023: Envío de borradores a revisores y Comisión Permanente

2024: adaptación de propuestas

Octubre 2025: presentación y aprobación por el Comité del Cáncer de Asturias

Para la implementación de las acciones se propondrán agendas de planificación periódicas, y consensuadas con las diferentes personas responsables, dentro del modelo de Líneas Estratégicas de la Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.

8 ANEXOS

8.1 CÓDIGO EUROPEO CONTRA EL CÁNCER

El Código Europeo contra el Cáncer se centra en medidas que cada ciudadano puede tomar para contribuir a prevenir el cáncer. El éxito de la prevención del cáncer exige que las políticas y acciones gubernamentales apoyen estas acciones individuales. Código Europeo Contra el Cáncer

1. No fume. No consuma ningún tipo de tabaco.
2. Haga de su casa un hogar sin humo. Apoye las políticas antitabaco en su lugar de trabajo.
3. Mantenga un peso saludable.
4. Haga ejercicio a diario. Limite el tiempo que pasa sentado.
5. Coma saludablemente:
 - Consuma gran cantidad de cereales integrales, legumbres, frutas y verduras.
 - Limite los alimentos hipercalóricos (ricos en azúcar o grasa) y evite las bebidas azucaradas.
 - Evite la carne procesada. limite el consumo de carne roja y de alimentos con mucha sal.
6. Limite el consumo de alcohol, aunque lo mejor para la prevención del cáncer es evitar las bebidas alcohólicas.
7. Evite una exposición excesiva al sol, sobre todo en niños. Utilice protección solar. No use cabinas de rayos UVA.
8. En el trabajo, protéjase de las sustancias cancerígenas cumpliendo las instrucciones de la normativa de protección de la salud y seguridad laboral.
9. Averigüe si está expuesto a la radiación procedente de altos niveles naturales de Radón en su domicilio y tome medidas para reducirlos.
10. Para las mujeres:
 - La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de la madre. Si puede, amamante a su bebé.
 - La terapia hormonal sustitutiva (THS) aumenta el riesgo de determinados tipos de cáncer, límitelo. Limite el tratamiento con THS.
11. Asegúrese de que sus hijos participan en programas de vacunación contra:
 - La hepatitis B (los recién nacidos)
 - El papilomavirus virus del papiloma humano (VPH) (las niñas).
12. Participe en programas organizados de cribado del cáncer:
 - Colon-recto (hombres y mujeres).
 - Mama (mujeres).
 - Cervicouterino (mujeres).

9 SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AECC	Asociación Española Contra el Cáncer
AEMA	Agencia Europea de Medio Ambiente
AgHBs	Antígeno de superficie del VHB
AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
APROMAP	Asociación de Matronas del Principado de Asturias
AUDIT	Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol
AVAC	Años de vida ajustados por calidad
CA	Comunidad Autónoma
CanCon	Cancer Control Joint Action
CC.AA	Comunidades Autónomas
CEM	Exposición a los campos electromagnéticos
CIIC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
CISNS	Consejo Interterritorial del SNS
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
CMOH	Cáncer de Mama y Ovario Hereditario
CNIO	Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas
COVID-19	Enfermedad por SarsCov-2
CSUR	Centros, Servicios y Unidades de referencia del SNS
DDS	Desigualdades Sociales en Salud
DIP	Documento de Instrucciones Previas
DRL	Niveles de referencia para diagnóstico
EANM	Asociación Europea de Medicina Nuclear
ECA	Estudios controlados aleatorizados
ECAP	Estación Clínica de Atención Primaria
ECIS	European Cancer Information System
EDADES	Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España
EESST	Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo
ENCR	European Network of Cancer Registries
ENSE	Encuesta Nacional de Salud en España
EPAAC	European partnership action against cáncer
ERSPC	Estudio europeo aleatorizado de detección del cáncer de próstata
ESA	Encuesta de Salud de Asturias
ESIA	Encuesta de Salud Infantil de Asturias

ESSE	Encuesta Europea de Salud en España
ESTRO	Sociedad Europea de Radioterapia y Oncología
ESTUDES	Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
EUCAIM	Federación Europea de Imágenes de Cáncer
EU-OSHA	Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo
EVASCAP	Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional del Principado de Asturias
FACC	Federación Asturiana de Concejos
FADE	Federación Asturiana de Empresarios
FEB	Frecuencias extremadamente bajas
FINBA	Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias
GBP	Guía de Buenas Prácticas
HBM	Biomonitorización Humana
HPC	High-Performance Computing
HSH	Hombres que tiene sexo con hombres
HUCA	Hospital Universitario Central de Asturias
IA	Inteligencia Artificial
IAAP	Instituto Asturiano de Administración Pública “Adolfo Posada”
IAPRL	Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales
IARC	International Agency for Research on Cancer (IARC)
ICER	Centro Europeo de Radioisótopos
IDEAHL	Improving Digital Empowerment for Active Healthy Living
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
iPAAC	Innovative Partnership for Action Against Cancer
ISCIH	Instituto de Salud Carlos III
ISPA	Instituto de Investigación Sanitario del Principado de Asturias
JARC	Joint Action Rare Cancers
LM	Lactancia Materna
LME	Lactancia Materna Exclusiva
LORE	Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia
MIR	Médico/a Interno Residente
NAOS	Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad

NECPAL CCOMS-ICO	Herramienta de ayuda para la Identificación de personas en Situación de Enfermedad Crónica Avanzada y Necesidad de Atención Paliativa en Servicios de Salud y Sociales
OccIDEAS	Occupational Integrated Database Exposure Assessment System
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAC	Programa de Atención al Cáncer
PAPPS	Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud
PASYMA	Plan de Asturias de Salud y Medio Ambiente
PDPCCR	Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon-Recto
PDPCM	Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama
PESMA	Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente
PIVISTEA	Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado Expuestos a Amianto
PSA	Antígeno Prostático Específico
RAM	Reacción Adversa Medicamentosa
RBE	Recomendaciones basadas en la evidencia
RD	Real Decreto
REDECAN	Red Española de Registros de Cáncer
RER	Redes Europeas de Referencia
RERA	Registro de Empresas con Riesgo de Amianto
RETEA	Registro de los Trabajadores Expuestos al Amianto
RETI	Registro Español de Tumores Infantiles
RTECAM	Registro del Principado de Asturias de Trabajadores Expuestos a Agentes Cancerígenos o Mutágenos
RTPA	Registro de Tumores del Principado de Asturias
RUV	Radicación Ultra Violeta
SASEMAL	Plan de Salud, Seguridad y Medio Ambiente Laboral del Principado de Asturias
SEHOP	Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SL	Síndrome de Lynch
SNC	Sistema Nervioso Central
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOH	Sangre Oculta en Heces
SPRL	Servicios de Prevención de Riesgos Laborales
TCBD	Tomografía Computarizada de Baja Dosis de Radiación

UBE	Unidad de Bebida Estándar
UE	Unión Europea
UMCPP	Unidad Multiprofesional de Cuidados Paliativos Pediátricos
UNIOVI	Universidad de Oviedo
USEPA	Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos
UV	Radicación Ultra Violeta
UVA	Radicación Ultra Violeta A
VHB	Virus de la Hepatitis B
VPH	Virus del Papiloma Humano
VPH-AR	VPH de alto riesgo

10 BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS WEB

- Acción frente al Radón. Ministerio de Sanidad, Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico, Consejo de Seguridad Nuclear. (2021).
https://www.sanidad.gob.es/gl/ciudadanos/saludAmbLaboral/medioAmbiente/docs/Accion_Radon.pdf
- Adriana Marqueta, Isabel Nerín, Pilar Gargallo, Asunción Beamonte. (2017). Diferencias de género en el éxito al dejar de fumar. ADICCIONES, 2017, VOL. 29 NÚM. 1 PÁGS.13-21
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/826/782>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H). <https://www.aemps.gob.es>
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria Y Nutrición. (2005). NAOS. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.
https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm
- AMAMANTAR. Asociación de mujeres de apoyo a la lactancia materna. <https://amamantarasturias.org/>
- APROMAP. Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias. <https://apromap.com/>
- Arias, N., Garralda, E., Rhee, J., & al., e. (2019). EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. EAPC Press.
<https://hdl.handle.net/10171/56787>
- Barbara DEMENEIX, PhD, UMR 7221 CNRS/MNHN, Muséum National d'Histoire Naturelle, Paris, France. (2019). Endocrine Disruptors: from Scientific Evidence to Human Health Protection. Parlamento Europeo, Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs.
[https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2019/608866/IPOL_STU\(2019\)608866_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2019/608866/IPOL_STU(2019)608866_EN.pdf)
- BOE-A-2006-22169. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-22169-consolidado.pdf>
- BOE-A-2023-15135. Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio, por el que se adoptan y prorrogan determinadas medidas de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la Guerra de Ucrania, de apoyo a la reconstrucción de la isla de La Palma y a otras situaciones de vulnerabilidad; de transposición de Directivas de la Unión Europea en materia de modificaciones estructurales de sociedades mercantiles y conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores; y de ejecución y cumplimiento del Derecho de la Unión Europea. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-15135>
- BOPA. (2014). Decreto 73/2014, de 23 de julio, de organización y funcionamiento del Comité de Cáncer del Principado de Asturias. https://sede.asturias.es/ast/bopa-disposiciones?p_p_id=pa_sede_bopa_web_portlet_SedeBopaDispositionWeb&p_p_lifecycle=0&_pa_sede_bopa_web_portlet_SedeBopaDispositionWeb_mvcRenderCommandName=%2Fdisposition%2Fdetail&p_r_p_dispositionText=2014-13197&p_r_p_dispositionReference=2014-13197&p_r_p_dispositionDate=30%2F07%2F2014
- BOPA. (2023). Decreto 35/2023, de 26 de mayo, por el que se regulan el Comité Autonómico de Coordinación Asistencial del cáncer infantil y de la adolescencia del Principado de Asturias y la Unidad de referencia para la atención al cáncer infantil de la adolescencia del Principado de Asturias. https://sede.asturias.es/bopa-disposiciones?p_p_id=pa_sede_bopa_web_portlet_SedeBopaDispositionWeb&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_pa_sede_bopa_web_portlet_SedeBopaDispositionWeb_mvcRenderCommandName=%2Fdisposition%2Fdetail&p_r_p_dispositionText=Decreto+35%2F2023%2C+de+26+de+mayo&p_r_p_dispositionReference=2023-

[04956&p_r_p_dispositionDate=07%2F06%2F2023&_pa_sede_bopa_web_portlet_SedeBopaDispositionWeb_isTextDateSearch=false](#)

- Cancer Control Joint Action. CanCon. <https://cancercontrol.eu/archived/>
- Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. (Junio de 2022). Informe sobre la Vigilancia de la Hepatitis B en España 2020. Madrid. https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/Hepatitis%20B/Vigilancia_HepatitisB_2020.pdf
- CNIO. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. Ministerio de Ciencia e Innovación. <https://www.cnio.es/>
- Código Europeo Contra el Cáncer. <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/doce-formas>
- Comisión Europea. Plan de Acción Samira: tecnología radiológica y nuclear en apoyo del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/IP_21_265
- Fundación más que ideas. Tabaquismo, mujeres y derechos humanos. (2019). Control del tabaco en España: Asignatura pendiente para la protección de la salud de las mujeres en España. https://fundacionmasqueideas.org/portfolio/taquismo_mujer_derechos_humanos/
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. (2023). Programa de Vacunaciones del Principado de Asturias. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/programa-de-vacunaciones>
- Consejería de Salud del Principado de Asturias, SESPA. (2023). Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030. Oviedo: Consejería de Salud del Principado de Asturias. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-de-salud-mental-asturas-2023-2030>
- Consejería de Sanidad. (2016). Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias. <https://obsaludasturias.com/obsa/guia-salud-comunitaria/>
- Consejería de Sanidad. (2017). Guía para la recomendación de activos ("prescripción social") en el Sistema Sanitario. <https://obsaludasturias.com/obsa/guia-de-recomendacion-de-activos-en-el-sistema-sanitario/>
- Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. (2005). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=3E062784A0B5391828D42EF43D76F1A6?sequence=1>
- CSN. Consejo de Seguridad Nuclear. (2017). Mapa del potencial de radón en España. <https://www.csn.es/mapa-del-potencial-de-radon-en-espana>
- Documento Técnico del Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales en Salud. (2021). <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/home.htm>
- ECIS. European Cancer Information System. Recuperado el 09 de abril de 2024 de <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>
- EDADES. Encuesta sobre alcohol y drogas en España. Resultados para Asturias. Consejería de Salud del Principado de Asturias. (2022). https://www.astursalud.es/documents/35439/40002/EDADES+2021_22.pdf/
- EEA web. (2022). Beating cancer — the role of Europe's environment, report no. 01/2022. EN HTML: TH-09-22-252-EN-Q - ISBN: 978-92-9480-477-8. doi: 10.2800/086710 <https://www.eea.europa.eu/publications/environmental-burden-of-cancer/beating-cancer-the-role-of-europes>
- Encuesta entre los trabajadores sobre la exposición a los factores de riesgo de cáncer.EU-OSHA. (2020). <https://osha.europa.eu/es/facts-and-figures/workers-exposure-survey-cancer-risk-factors-europe>

- Encuesta Nacional de Salud de España. (2017). <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>
- Encuesta Salud Infantil en la Comunidad Gitana Asturiana. (2014). <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/i-encuesta-de-salud-infantil-comunidad-gita-2>
- Escuela Asturiana de Cuidados. Consejería de Salud. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/eac>
- Estilos de vida saludables. Ministerio de Sanidad. <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/>
- Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica. Consejería de Sanidad. (2014). <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/estrategia-de-atencion-a-la-poblacion-con-enfermedad-croni-1>
- Estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias (2023-2030). Consejería de Salud. (2023). <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/estrategia-de-cuidados-paliativos>
- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad. (2013) <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/home.htm>
- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. (2021). <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/home.htm>
- Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021: hacia el fin de las hepatitis víricas. OMS. (2016). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250578>
- Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública. OMS. (2020). <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014107>
- Estrategia para un nuevo enfoque de la Atención Primaria 2018-2021. (2019). <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/estrategia-para-un-nuevo-enfoque-en-la-atencion-primaria>
- Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias. Informe ESTUDES Asturias (2023). <https://www.astursalud.es/noticias/-noticias/observatorio-sobre-drogas-y-adiccion-a-las-bebidas-alcoholicas-del-principado-de-asturias>
- EUCAIM. European Federation for Cancer Images. 2023. <https://www.eibir.org/projects/eucaim/>. <https://cancerimage.eu/>
- EUnetHTA OTCA28 Authoring Team. (2020). Lung cancer screening in risk groups. Collaborative assessment. Diemen (The Netherlands): EUnetHTA. <https://www.eunetha.eu/otca28/>
- FIMBA. Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias. <https://ispa-finba.es/>
- Gasol Foundation Europa. (2023). Segunda edición del Estudio PASOS 2022 sobre los estilos de vida y el estado de salud de la población española de 8 a 16 años. Informe breve. <https://gasolfoundation.org/wp-content/uploads/2023/01/GF-PASOS-informe-2022-WEB.pdf>
- Global Obesity Observatory. https://data.worldobesity.org/country/spain-199/#data_prevalence
- GLOBOCAN. Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/en>
- Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Plan de Calidad del SNS. (2017). <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/lactanciaMaterna.htm>
- Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. (2014). <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/home.htm>
- Guía para los y las profesionales editada por la Unidad de Cáncer Familiar del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA. (2017). <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/consejo-genetico-en-el-cancer-famili-1>
- Harry J. de Koning, M.D., Ph.D., Carlijn M. van der Aalst, Ph.D., Pim A. de Jong, M.D., Ph.D., Ernst T. Scholten, M.D., Ph.D., Kristiaan Nackaerts, M.D., Ph.D., Marjolein A. Heuvelmans, M.D., Ph.D.,

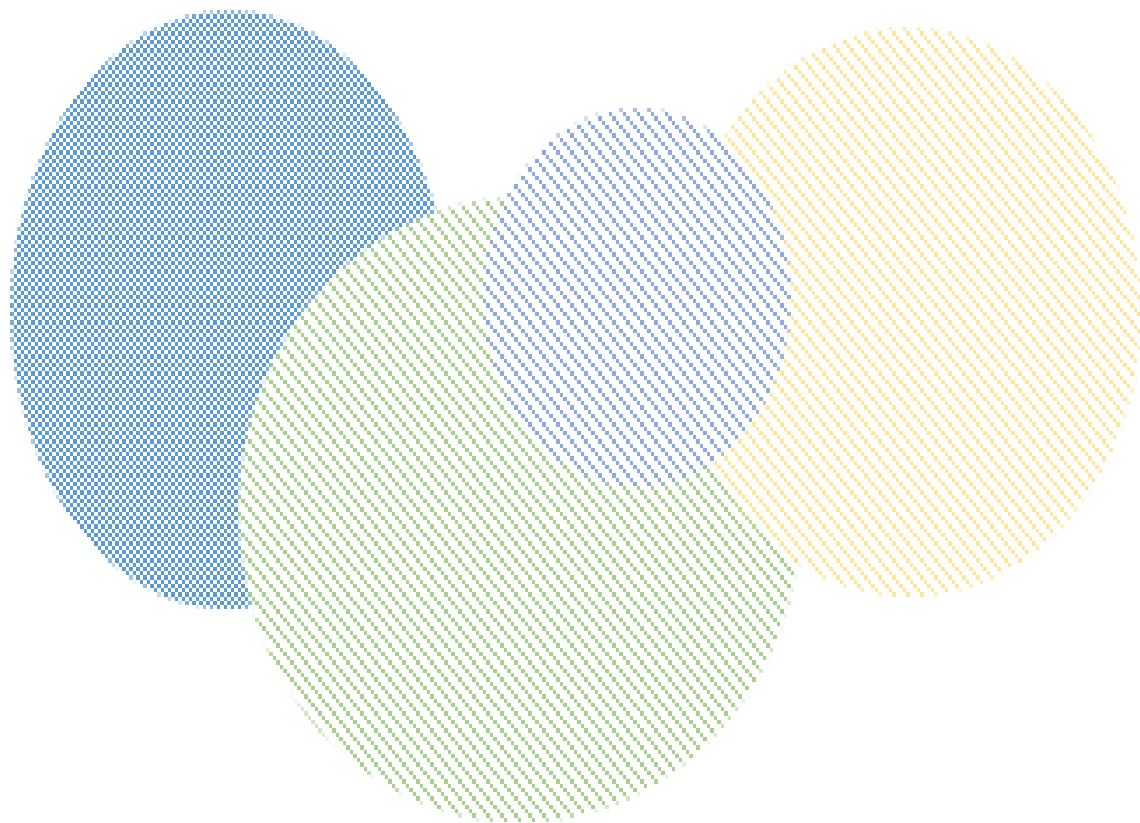
- Jan-Willem J. Lammers, M.D., Ph.D., Carla Weenink, M.D.,. (2020). Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med*, 382:503-513. doi: 10.1056/NEJMoa1911793. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1911793>
- IAPRL. Amianto. <https://www.iaprl.org/especialidades-preventivas/medicina-del-trabajo/amianto>
- II Encuesta de Salud Infantil de Asturias. 2017. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/ii-encuesta-de-salud-infantil-de-asturias>
- Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. (2013). Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD004720.doi:10.1002/14651858.CD004720.pub3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23440794/>
- INE. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte. (2022). https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
- Iniciativa europea de imágenes contra el cáncer. Comisión Europea. (2022). <https://digital-strategy.ec.europa.eu/es/policias/cancer-imaging>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. (2023). Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2023-2027. <https://www.insst.es/documents/d/portal-insst/estrategia-espanola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2023-2027>
- INSST (2023). Medidas para la gestión del riesgo frente a la exposición laboral a medicamentos peligrosos en centros hospitalarios. Encuesta de situación. In B. De la Fuente Capdevila, R. Guevara de Bonis, X. Solans Lampurlanés, & N. Jiménez Simón (Eds.), Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). O.A., M.P. <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/medidas-para-la-gestion-del-riesgo-frente-a-la-exposicion-laboral-a-medicamentos-peligrosos-en-centros-hospitalarios-encuesta-de-situacion-2023>
- International Conference on Environmental and Occupational Determinants of Cancer: Interventions for Primary Prevention. OMS. (2011). <https://www.who.int/docs/default-source/wha-70-and-71/pr-cancer-conf2011-es.pdf>, <https://www.iarc.who.int/news-events/the-asturias-declaration-a-new-call-to-action-on-environmental-and-occupational-cancer-prevention/>
- iPAAC. Innovative Partnership for Action Against Cancer. <https://www.ipaac.eu/>
- ISCIII. Instituto de Salud Carlos III. <https://www.isciii.es/Paginas/Inicio.aspx>
- ISPA. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. <https://www.ispasturias.es/>
- IV Encuesta de Salud para Asturias. ESA 2017. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/iv-encuesta-de-salud-para-asturias-esa-2017>
- JARC. Joint Action Rare Cancers. https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/724161/summary
- Marcela Guevara, Amaia Molinuevo, Diego Salmerón, Rafael Marcos-Gragera, María Dolores Chirlaque, José Ramón Quirós, Araceli Alemán, Dolores Rojas, Consol Sabater, Matilde Chico, Rosario Jiménez, Arantza López de Munain, Visitación de Castro, María José. (2019). Supervivencia de Cáncer en España, 2002-2013. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). <https://redecn.org/storage/documents/3878edcf-11e6-43c8-93dd-157a5ada4fb2.pdf>
- María Carballo, Eva María Fernandez, Juan A Freijo, Pablo Menéndez. Instituto Nacional de Silicosis (INS). Guía técnica para la prevención del riesgo por exposición a la sílice cristalina respirable (SCR) en el ámbito laboral, 2022. <https://www.miteco.gob.es/content/dam/miteco/es/energia/files-1/mineria/Seguridad/Guias/Gu%C3%ADas/Guia-control-riesgo-exposicion-s%C3%ADlice-cristalina-respirable-Empresas-sujetas-RGNBSM.pdf>
- María Carballo, Eva María Fernandez, Juan A Freijo, Pablo Menéndez. Instituto Nacional de Silicosis (INS). Guía Técnica para la prevención del riesgo por exposición a sílice cristalina respirable. Apéndice para la industria extractiva (ITC02.0.02).2023. https://ins.astursalud.es/documents/102310/0/Apendice_IndustriaExtractiva_INS_FINALweb.pdf/8194f262-5541-fb5b-8353-e260e18e0a3d

- María Pilar Astier-Peña, Viviana Martínez-Bianchid, María Luisa Torijano-Casalengua, Sara Ares-Blanco, José-Miguel Bueno-Ortiz, María Fernández-García. (2021). El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Atención Primaria*. Vol 53. Num S1. DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102224. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-plan-accion-mundial-seguridad-S0212656721002584>
- Marine Cavet, Xabier Irastorza, Elke Schneider, Nadia Vilahur, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). 2023. Factores de riesgo de cáncer en el ámbito laboral en Europa – primeras conclusiones de la Encuesta sobre la exposición de las personas trabajadoras. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. https://osha.europa.eu/sites/default/files/documents/WES_first_findings_es.pdf
- Mercè Marzo-Castillejoa, Carmen Vela-Vallespín, Begoña Bellas-Beceiroc, Cruz Bartolomé-Morenod, Yolanda Ginés-Díaz, Elena Melús-Palazón. (2020). Grupos de Expertos de Cáncer del PAPPs. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPs 2020. *Atención Primaria*, 52, 44-69. doi:10.1016/j.aprim.2020.09.003. <https://papps.es/resumen-recomendaciones-2020/>
- Ministerio de Sanidad. (2020). Carga de cáncer atribuible al trabajo y su coste sanitario en España en 2015. Madrid. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/docs/Estudio_cancer_laboral.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2021). Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2021). Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 24 de febrero de 2021 sobre la pandemia de la COVID-19 y la prevención y el control del cáncer. Madrid. https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/PANDEMIA_DE_LA_COVID-19_Y_LA_PREVENCIÓN_Y_EL_CONTROL_DEL_CANCER.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2022). Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf
- Ministerio de Sanidad (2023). Consulta pública previa del proyecto de real decreto por el que se regula el sistema de vigilancia de cáncer de la red estatal de vigilancia en salud pública. https://www.sanidad.gob.es/normativa/docs/PPP_RD_VIGILANCIA_CANCER.pdf
- Ministerio de Sanidad (2024). Atención Psicológica en Cáncer https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/docs/Informe_de_Atencion_Psicologica_en_Cancer.pdf
- Ministerio de Sanidad (2025). Recomendaciones para la mejora de la atención a pacientes largos supervivientes de cáncer en el Sistema Nacional de Salud. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/docs/Recomendacion_es_largo_superviviente_ACCESIBLE.pdf
- Ministerio de Sanidad. Programas de Cribado. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Cribado/home.htm>
- Ministerio de Sanidad. Vacunas y Programa de Vacunación. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/home.htm>
- Ministerio de Sanidad. Plan Estratégico Hepatitis C. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/home.htm>
- Ministerio de Sanidad, Plan de Calidad para el SNS. . Sistema de Notificación y Aprendizaje para la seguridad del Paciente (SiNASP). <https://sinasp.es/>

- Ministerio de Sanidad. Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente 2002-2026.
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/planesEstrategias/pesma/home.htm>
- Ministerio de Sanidad. (sf). Proyecto Real Decreto por el que se crea y regula la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública.
https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/docs/RD_Creacion_regulacion_Red_Estatal_de_Vigilancia_en_Salud_Publica.pdf
- Ministerio de Sanidad. INE. (2020). Encuesta Europea de Salud en España (ESEE).
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/ESEE2020_inf_evol_princip_result.pdf
- Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. (2019). Código Técnico de la Edificación.
https://www.codigotecnico.org/pdf/GuiasyOtros/Conceptos_basicos_RD_732_2019.pdf
- Ministerio de Consumo, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. (2020). Estudio Aladino 2019. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Breve_ALADINO2019_NAOS.pdf
- Minozzi S, Armaroli P, Espina C, Villain P, Wiseman M, Schüz J, Segnan N. European. (Dec de 2015). European Code against Cancer 4th Edition: Process of reviewing the scientific evidence and revising the recommendations. *Cancer Epidemiology*, 39 Suppl 1:S11-9. doi:DOI: 10.1016/j.canep.2015.08.014. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877782115001782>
- Molina-Barceló A, Moreno Salas J, Peiró-Pérez R, Arroyo G, Ibáñez Cabanell J, Vanaclocha Espí M, Binefa G, Montse García M, Salas Trejo D, Red Española de Cribado; (2021). Desigualdades de acceso a los programas de cribado del cáncer en España y cómo reducirlas. Datos de 2013 y 2020. *Rev Esp Salud Pública*, 95: 26 de enero e202101017. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202101017.pdf
- NICE. National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Suspected cancer: recognition and referral. NICE guideline [NG12]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
- NIH. National Cancer Institute. . Obesity and Cancer.es. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/obesity-fact-sheet>
- Observatorio de Salud de Asturias. . Herramienta de evaluación rápida de la equidad.
<https://obsaludasturias.com/equidad/web/formulario>
- Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias.
<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/observatorio-sobre-drogas-y-adiccion-a-las-bebidas-alcoholicas-del-principado-de-asturias>
- OccIDEAS (Occupational Integrated Database Exposure Assessment System).
<https://www.occideas.org/occideas>
- OECD. (2023). Perfiles nacionales de cáncer: España 2023. París: OECD Publishing,
<https://doi.org/10.1787/bab6e2e3-es>
- OMS. (2022). Childhood Obesity Surveillance Initiative COSI - Fact sheet highlights 2018-2020.
<https://www.who.int/europe/publications/m/item/childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi-fact-sheet-highlights-2018-2020>
- OMS. (2013). Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de las Enfermedades NO Transmisibles. 2013-2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
- OMS. (2018). The SAFER initiative. A world free from alcohol related harm.
<https://www.who.int/initiatives/SAFER>
- OMS. (2019). Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: personas más activas para un mundo más sano. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327897>

- OMS. The Global Health Observatory. Radon database. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/gho-phe-radon-database>
- Parlamento Europeo. Resolución del Parlamento Europeo, de 16 de febrero de 2022, sobre el refuerzo de Europa en la lucha contra el cáncer: hacia una estrategia global y coordinada (2020/2267(INI)). https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0038_ES.html
- Pastorino U, Silva M, Sestini S, Sabia F, Boeri M, Cantarutti A, Sverzellati N, Sozzi G, Corrao G, Marchianò A. (2019). Prolonged lung cancer screening reduced 10-year mortality in the MILD trial: new confirmation of lung cancer screening efficacy. *Ann Oncol*, 30(7):1162-1169. doi:0.1093/annonc/mdz117. [https://www.annalsofncology.org/article/S0923-7534\(19\)31229-3/fulltext](https://www.annalsofncology.org/article/S0923-7534(19)31229-3/fulltext)
- Proyecto de plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud [Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>.
- Proyecto CASSANDRA (Cancer Screening, Smoking Cessation AND Respiratory Assessment). Crinado del cáncer de pulmón mediante TC de baja dosis. Proyecto piloto nacional. 2022. <http://proyectocassandra.com/>
- Plan de Asturias de Salud y Medio Ambiente (PASYMA). (2019). <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-de-asturias-de-salud-y-medio-ambiente-pasyama>
- Plan de Salud del Principado de Asturias 2019 - 2030. (2019). <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-de-salud-del-principado-de-asturias-2019-2030>
- Plan Europeo de Lucha Contra el Cáncer. (2021). https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-02/eu_cancer-plan_es_0.pdf
- Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2021-2025. (2022). Programa 16. Menús escolares, máquinas expendedoras y cafeterías de los centros escolares. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/pncoca/2021-2025/DOC_24_Programa_16_Menu.pdf
- Programa de Alimentación Saludable y de Producción Ecológica en los Comedores Escolares de Asturias. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/alimentacion-saludable-y-de-produccion-ecologica-en-los-comedores-escolares-de-asturias>
- Programas de detección precoz de cáncer de mama y cuello de útero del Principado de Asturias. . <https://www.astursalud.es/categorias/-/categorias/profesionales/01000practica-clinica/03000programas-de-deteccion-y-prevencion/02000programas-de-deteccion-precoz-cancer>
- Proyecto IDEAHL: Improving Digital Empowerment for Active Healthy Living. Consejería de Salud. : <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/proyecto-ideahl>
- Proyecto EVASCAP / IAPRL. (2011). <https://www.iaprl.org/especialidades-preventivas/medicina-del-trabajo/proyecto-evascap-iaprl>
- Proyecto Regional Integral del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. (2022). [https://www.astursalud.es/documents/35439/841781/Proyecto%20Regional%20Integral%20del%20Plan%20de%20Acci%C3%B3n%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20y%20Comunitaria%202022-2023%20\(1\).pdf/ba5f0022-4cd4-f2f0-bee4-55a8691aaba6](https://www.astursalud.es/documents/35439/841781/Proyecto%20Regional%20Integral%20del%20Plan%20de%20Acci%C3%B3n%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20y%20Comunitaria%202022-2023%20(1).pdf/ba5f0022-4cd4-f2f0-bee4-55a8691aaba6)
- QUADRANT. Constant improvement in quality and safety of radiology, radiotherapy and nuclear medicine through clinical audit. <http://www.eurosafeimaging.org/clinical-audit/quadrant>
- Rachoñ D. (Dec de 2015). Endocrine disrupting chemicals (EDCs) and female cancer: Informing the patients. *Rev Endocr Metab Disord.*, 16(4):359-64. doi:10.1007/s11154-016-9332-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7851079/>

- Red Asturiana de Centros Sanitarios Libres de Tabaco. (2012). <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/red-asturiana-de-centros-sanitarios-libres-de-tabaco>
- Red de Huertos Escolares Ecológicos de Asturias. <https://www.copaeastur.org/es/red-de-huertos-escolares-ecologicos-de-asturias/>
- Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). (2010). <https://redecn.org/es>
- Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). (2024). Estimaciones de la incidencia del cáncer en España. 2023. <https://redecn.org/storage/documents/09a96a55-6939-419d-ba3e-202d7ae76e1d.pdf>
- Registro de Mortalidad de Asturias. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/registro-de-mortalidad-en-asturias>
- Registro de Tumores de Asturias. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/registro-de-tumores-de-asturias>
- Registro Español de Tumores Infantiles. RETI-SEHOP. (2016). <https://www.uv.es/rnti/>
- Registro Hospitalario de Tumores del Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2004). <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/registro-hospitalario-de-tumores-del-servicio-de-salud-del-principado-de-asturias>
- Ruiz Álvarez M, Aginagalde, Llorente AH, Del Llano Señarís JE. (12 de mayo de 2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. Rev Esp Salud Pública.2022, 96. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf
- Saiz Martínez-Acitores Isabel, Rubio Colavida Jesús, Espiga López Isabel, Alonso de la Iglesia Begoña, Blanco Aguilar Javier, Cortés Mancha Mercedes et al. (2003). Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Rev. Esp. Salud Publica [online], 77(4), pp.441-473.ISSN 2173-9110. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000400004#:text=El%20objetivo%20principal%20del%20Plan,escasez%20de%20recursos%20disponibles%20para
- Servicio Gallego de Salud. Calidad de Aire, Cambio Climático y Salud. El Radón. https://airesau.de.sergas.gal/Contidos/CAI_Radon?idioma=es
- SESPA, C. d. (Ed.). (2009). PAC. Programa de Atención al Cáncer para Asturias 2010-2013. <https://www.astursalud.es/documents/35439/36608/PAC%202010-2013.%20Documento%20completo.pdf/f3352592-a4c9-63b0-ffdb-bfca65fe9f8>
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2012). Largos Supervivientes en Cáncer- 1ª Parte. https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO_SEOM_LARGOS_SUPERVIVIENTES_1.pdf
- The European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC). <http://www.epaac.eu/>
- Unión Europea. (2022). Nuevo enfoque de la UE para el cribado del cáncer. Consejo de la Unión Europea. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip_22_7548
- UNIOVI. Portal de la Universidad de Oviedo. <https://portalinvestigacion.uniovi.es/produccion/buscar?termino=>
- World Obesity Federation. (2024). World Obesity Atlas 2024. <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2024>



Principado de
Asturias

| Consejería
de Salud