Osakidetza

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA DEPARTAMENTO DE SALUD

Plan Oncológico Integral de Euskadi 2025-2030



Plan Oncológico Integral de Euskadi 2025-2030

Osakidetza

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria - Gasteiz 2025

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en
el catálogo de la biblioteca general del Gobierno Vasco
https://www.Katalogoak.Euskadi.Eus/katalogobateratua

Edición: 1ª, octubre del 2025
Tirada: xx ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
Departamento de Salud

Internet: www.Euskadi.eus
Edita: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco
Diseño: Iban Vaquero
Impresión: xx
Isbn: xx
Depósito legal: xx

Índice

Lista de acrónimos **9**

Resumen ejecutivo **11**

1 Introducción **31**

2 Situación actual del cáncer en Euskadi **35**
2.1 Estado de salud en Euskadi 36
2.2 Incidencia de cáncer y su evolución en el periodo 2001-2019 37
2.3 Supervivencia relativa a los 5 años 39
2.4 Mortalidad por cáncer 2019-2023 42
2.5 Cáncer infantil 1990-2018 44
2.6 Programas poblacionales de detección precoz 47
2.7 Datos asistenciales 52
2.8 Investigación en cáncer 60
2.9 Impacto social del cáncer 62
2.10 Perspectiva de género 64

3 Plan Oncológico 2018-2023 y su evaluación **67**

4 Marco estratégico **71**
4.1 Misión Cáncer. Plan Europeo de Lucha Contra el Cáncer 72
4.2 Plan de Salud 2030 73
4.3 Otras estrategias 74

5 Formulación estratégica **77**
5.1 Misión y visión 79
5.2 Principios rectores del POIE 80

6 Áreas prioritarias de actuación **83**
6.1 Las personas, eje central del POIE 86
6.1.1 Marco conceptual 86
6.1.2 Objetivos 87
6.1.3 Acciones 87

6.2 Modelo asistencial 90
6.2.1 Marco conceptual 90
6.2.2 Objetivos 91
6.2.3 Acciones 91
6.3 Promoción de la salud y prevención del cáncer 93
6.3.1 Marco conceptual 93
6.3.2 Objetivos 95
6.3.3 Acciones 95
6.4 Detección precoz del cáncer 97
6.4.1 Marco conceptual 97
6.4.2 Objetivos 98
6.4.3 Acciones 98
6.5 Atención integral 100
6.5.1 Marco conceptual 100
6.5.2 Objetivos 102
6.5.3 Acciones 103
6.6 Resultados en salud, sistemas de registro, información y vigilancia 108
6.6.1 Marco conceptual 108
6.6.2 Objetivos 109
6.6.3 Acciones 109
6.7 Investigación e innovación 112
6.7.1 Marco conceptual 112
6.7.2 Objetivos 113
6.7.3 Acciones 114

7 Gobernanza del POIE 119
7.1 Estructura organizativa 120
7.2 Rendición de cuentas: seguimiento, monitorización y evaluación. 129
7.3 Cuadro de mando 130

8 Bibliografía 135
8.1 Referencias de planes y estrategias 136
8.2 Benchmarking 137
8.3 Referencias bibliográficas 138

9 Anexos 143
9.1 Acciones dirigidas a colectivos específicos 144
9.2 Proceso de elaboración del POIE 148
9.2.1 Órganos de gestión del proyecto 149
9.2.2 Órganos propositivos 149
9.2.3 Grupos de contraste 150
9.3 Participantes 152

Lista de Acrónimos

AYA	Adolescente adulto joven
BIOEF	Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitaria
CCC	Comprehensive Cancer Center-Centro Oncológico Integral
CECC	Código Europeo Contra el Cáncer
CROMs	Medidas de Resultados Reportadas Clinicamente
EECC	Ensayos Clínicos
ESCAV	Encuesta de Salud de Euskadi
IA	Inteligencia Artificial
LH	Linfoma de Hodgkin
LLA	Leucemia Linfoblástica Aguda
MPP	Medicina de Precisión Personalizada
OSI	Organización Sanitaria Integrada
PCTI	Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación
PIA	Plan Individualizado de Atención
POE	Plan Oncológico de Euskadi
POIE	Plan Oncológico Integral de Euskadi
PREMs	Medidas de Experiencia Reportadas por los y las Pacientes
PROMs	Medidas de Resultados Reportadas por los y las Pacientes
RRHH	Recursos Humanos
SNC	Sistema Nervioso Central
SNP	Sistema Nervioso Periférico
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOAF	Servicios de Orientación de Actividad Física
TNE	Tumor Neuroendocrino
UE	Unión Europea
EHU	Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
VHB	Virus de Hepatitis B
VPH	Virus del Papiloma Humano



Resumen Ejecutivo

Resumen Ejecutivo

Introducción y contexto

El Plan Oncológico Integral de Euskadi 2025–2030 (POIE) es el instrumento estratégico del sistema de salud vasco para abordar de forma integral el cáncer, una de las principales causas de morbimortalidad en la comunidad. En 2023, esta enfermedad fue responsable del **28% de los fallecimientos en Euskadi,** siendo la **primera causa de muerte en hombres (33,8%) y la segunda en mujeres (22,3%).** Este impacto se traduce también en una elevada carga de años potenciales de vida perdidos, especialmente en edades medias y avanzadas.

La transición demográfica, el envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida han contribuido a una mayor incidencia de cáncer, lo que exige un enfoque integral que combine prevención, diagnóstico precoz, atención personalizada, innovación terapéutica y cuidados continuados.

Entre 2015 y 2019 se diagnosticaron más de 71.000 nuevos casos de cáncer en Euskadi, con una media anual de 14.327. Las localizaciones más frecuentes fueron el cáncer de mama en mujeres y el de próstata en hombres, seguidos del colorrectal y el de pulmón. La incidencia global ha mostrado una tendencia descendente desde 2012, especialmente en hombres, gracias a los programas de cribado, como el de cáncer colorrectal.

La supervivencia relativa a cinco años ha mejorado en la mayoría de los tumores, destacando el cáncer de mama (88%) y el de próstata (90%). Sin embargo, persisten retos importantes en tumores como el de pulmón (20%) y páncreas, donde la letalidad continúa siendo elevada. En el caso del **cáncer infantil,** aunque representa menos del 1% del total, **es la principal causa de muerte por enfermedad en menores de 15 años,** con una supervivencia global a cinco años del 80,4%.

El Plan Oncológico Euskadi (POE) 2018-2023 fue el primer marco estratégico integral en la materia, y se estructuraba en **6 retos y 39 objetivos.** Su implementación permitió avanzar en la homogeneización de la atención, la creación de un modelo asistencial común y la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales.

Entre sus logros destacan:

- La consolidación de los Comités de Tumores como eje del modelo asistencial.
- La implantación de circuitos rápidos de diagnóstico (Minbizi).
- La creación del Comité Autonómico de Coordinación para el cáncer infantil.
- La puesta en marcha del programa de cribado de cáncer de cérvix.
- El desarrollo de Onkobide, sistema corporativo para la gestión farmacoterapéutica.

La evaluación del POE, en 2023, concluyó que más del 80% de los objetivos fueron alcanzados. Aunque se identificaron algunos ámbitos de mejora como:

- La necesidad de reforzar la atención a colectivos específicos (niños, mayores, largos supervivientes).
- La revisión de la gobernanza y la figura de coordinación del POE.
- La falta de un cuadro de mando para el seguimiento del plan.
- La escasa visibilidad del plan entre profesionales no directamente implicados.

El nuevo POIE no solo da continuidad al camino iniciado por el POE 2018–2023, sino que lo amplía y lo transforma, incorporando una visión más ambiciosa, equitativa y centrada en las personas. Recoge estos aprendizajes y **eleva el alcance del término "integral", priorizando la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la equidad en todas las fases del proceso oncológico. Además, refuerza la coordinación interinstitucional** y apuesta por un liderazgo transformador que permita avanzar hacia un modelo más humano, eficiente y sostenible.

El proceso de elaboración del POIE ha sido altamente participativo, involucrando a más de 250 profesionales de distintos ámbitos a través de los distintos foros generados y que han abarcado: personal sanitario, gestores, pacientes, asociaciones y representantes de otros sectores relacionados con la salud. Esta participación ha permitido construir un plan con una sólida base técnica y social.

Además de incorporar los aprendizajes del POE anterior, el nuevo POIE **se ha diseñado en estrecha alineación con los principales marcos estratégicos europeos, estatales y autonómicos**, lo que refuerza su coherencia, legitimidad y capacidad de impacto.

A nivel europeo, el POIE se inspira en la **Misión Cáncer** de la Unión Europea, cuyo objetivo es salvar al menos 3 millones de vidas en la próxima década mediante un enfoque integral basado en cinco pilares: (1) entender mejor la enfermedad, (2) prevenir lo prevenible, (3) optimizar el diagnóstico y tratamiento, (4) afianzar la calidad de vida, y (5) garantizar el acceso equitativo a todas las intervenciones. Esta misión se complementa con **el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer,** que aborda todas las fases del proceso oncológico y promueve la equidad en toda Europa.

En el ámbito autonómico, el POIE se alinea con el **Plan de Salud de Euskadi 2030,** que establece como prioridades estratégicas: (1) potenciar la salud en la infancia y adolescencia, (2) fomentar el envejecimiento activo, (3) reducir la morbimortalidad evitable y (4) disminuir las desigualdades en salud. Este plan constituye la hoja de ruta de la política sanitaria vasca y proporciona el marco superior de planificación para el POIE.

Además, en la elaboración del POIE se han tenido en cuenta otras **estrategias clave,** como la **Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, el Plan Estratégico de Osakidetza 2023–2025,** y planes transversales e intersectoriales en ámbitos como cuidados paliativos, salud mental, seguridad del paciente, humanización, adicciones, medio ambiente, salud laboral y determinantes sociales de la salud. También se ha considerado el marco normativo vigente y la Agenda 2030, garantizando así la coherencia y sostenibilidad del plan a medio y largo plazo.

Con esta base sólida y alineada, el POIE se posiciona como una herramienta clave para afrontar de forma dinámica los retos presentes y futuros del cáncer en Euskadi de aquí a 2030, desde una perspectiva integral, innovadora y centrada en las personas.

Formulación estratégica

La formulación estratégica del Plan Oncológico Integral de Euskadi 2025–2030 (POIE) define el marco conceptual que orienta todas las actuaciones del plan. Está compuesta por: la misión, la visión, los principios rectores y las áreas prioritarias de actuación.

MISIÓN

*"Establecer una **estrategia integral, participativa, sostenible y dinámica**, que guíe las actuaciones en cáncer en base a **la excelencia, la evidencia científica, y la equidad,** generando **valor a la ciudanía vasca** en términos de **mejores resultados en salud**"*

VISIÓN

Con este POIE Euskadi aspira lograr:

- Mejorar la tasa de **supervivencia de las personas con cáncer.**
- Disminuir los **años potenciales de vida perdidos por cáncer.**
- Mejorar la **calidad de vida** de las personas, de pacientes y supervivientes de cáncer, de sus familiares y de las personas cuidadoras.
- Mantener y mejorar el compromiso por la **equidad.**
- Mejorar la **percepción de la ciudadanía** en relación con cómo el Sistema aborda el cáncer.

Para ello, el POIE priorizará sus esfuerzos en:

- El **abordaje integral e integrado** del cáncer en todas sus etapas, con una atención oncológica avanzada y un modelo asistencial que lo facilite.
- La promoción de **programas de educación/prevención** para lograr la participación de **toda la ciudadanía.**
- **El avance en prevención y diagnóstico precoz.**
- **El acceso a la atención personalizada y tratamientos avanzados.**
- Los **sistemas de información** que aportan datos en epidemiología, en el ámbito clínico, de la gestión y la investigación.
- El **acceso universal, equitativo, y humanizado** a todos los recursos del sistema, sanitario y no sanitario.
- La capacidad para, de una forma dinámica, **implantar los avances innovadores.**

PRINCIPIOS RECTORES DEL POIE

Los principios rectores guían la formulación, el diseño y despliegue de todas las estrategias, programas e intervenciones. El POIE se apoya en los siguientes principios rectores:

1. Centralidad de la persona y humanización

- Las personas como protagonistas activas de su salud y su proceso oncológico.
- Participación comunitaria, experiencia del paciente y humanización como elementos clave.
- Reducción de desigualdades sociales y garantía de equidad en el acceso.
- Incorporación de la perspectiva de género y atención a la diversidad.

2. Prevención y detección precoz

- Promoción de la salud y prevención primaria.
- Detección precoz y cribado poblacional en tumores con recomendación científica.
- Diagnóstico ágil y eficaz ante sospechas clínicas.

3. Atención integral y continuidad asistencial

- Modelo de atención integral, continuada y personalizada en todas las fases del proceso.
- Promover la colaboración intersectorial.

4. Organización, coordinación y trabajo en red

- Reconocimiento y promoción de la colaboración entre profesionales y equipos.
- Modelo organizativo basado en la especialización estratégica.
- Flexibilidad para adaptar el plan a contextos locales y cambios futuros.

5. Calidad, innovación y decisiones basadas en evidencia

- Mejora continua, sostenibilidad y eficiencia como pilares.
- Uso de información actualizada y toma de decisiones basada en la evidencia.
- Dinamización del plan en base a los avances en I+D+i.

6. Liderazgo y gobernanza

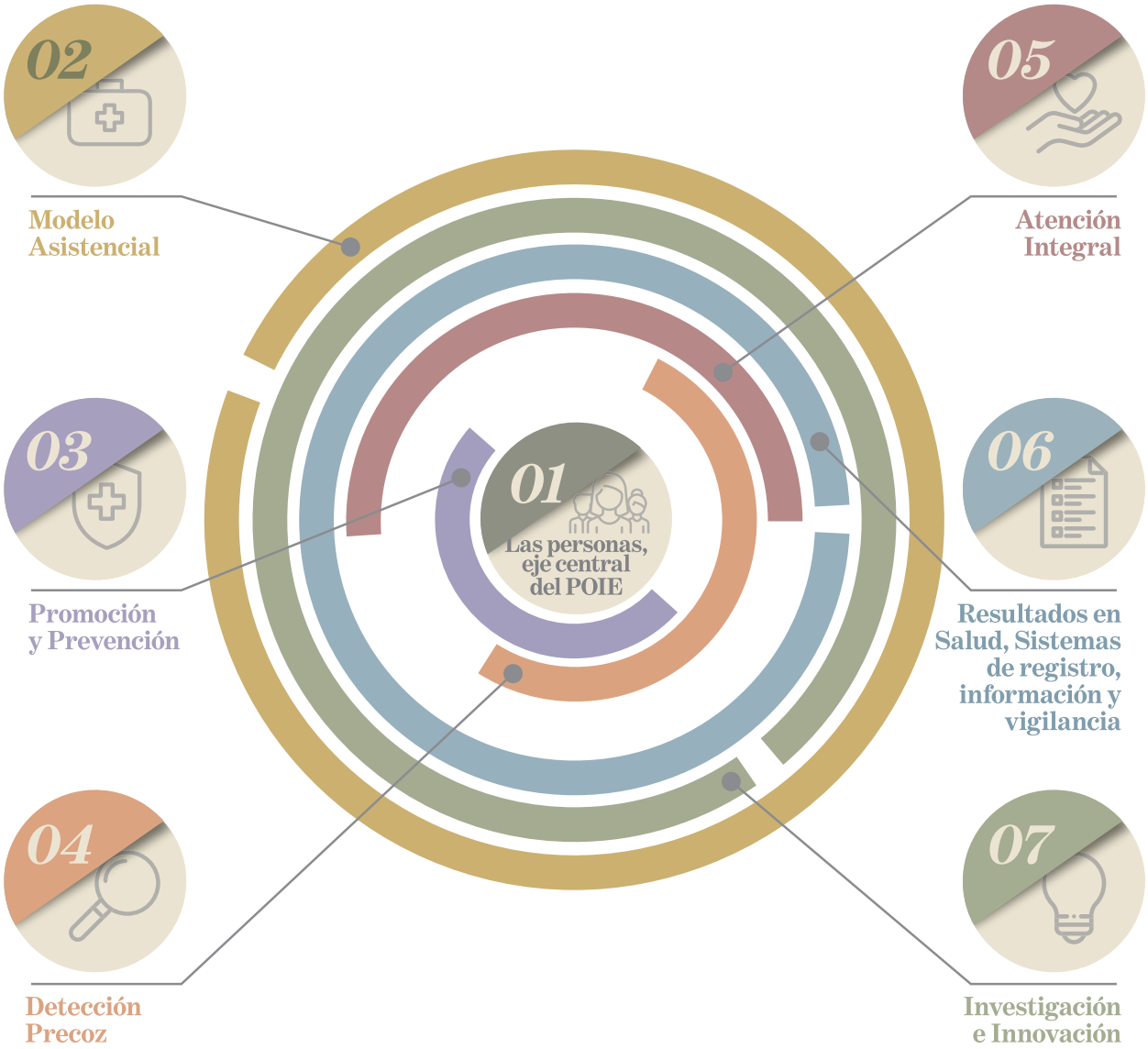
- Liderazgo transformador que impulse la adaptación del sistema.
- Visión compartida entre todos los actores implicados.
- Participación activa de ciudadanía, pacientes y profesionales.
- Plantear la implementación como un enfoque clave desde el principio
- Evaluación continua basada en resultados.

Áreas prioritarias de actuación

La definición de las áreas prioritarias constituye un elemento clave del POIE, ya que orienta las políticas y acciones que se desplegarán en Euskadi para abordar el cáncer en los próximos años. La propuesta parte de la evaluación del POE 2018–2023, cuya estructura de seis ejes se ha actualizado tras un ejercicio de benchmarking con planes oncológicos nacionales e internacionales.

El nuevo POIE adapta esta estructura a la realidad vasca y la organiza en **siete Áreas Prioritarias** (véase el esquema de las siete áreas prioritarias del Plan Oncológico Integral de Euskadi 2025-2030), cada una con su marco conceptual, objetivos específicos, acciones concretas e indicadores de seguimiento.

Esquema de las siete áreas prioritarias del Plan Oncológico Integral de Euskadi 2025-2030



Esquema de las siete áreas prioritarias del Plan Oncológico Integral de Euskadi 2025-2030.

Estas **7 áreas prioritarias** se despliegan en un total de **35 objetivos y 142 actuaciones.**



ÁREAS PRIORITARIAS	N° DE OBJETIVOS	N° DE ACTUACIONES
1. Las personas eje central del POIE	5	14
2. Modelo asistencial	4	19
3. Promoción de la salud y prevención del cáncer	3	14
4. Detección precoz	4	11
5. Atención integral	9	41
6. Resultados en salud, sistemas de registro, información y vigilancia	3	16
7. Investigación e innovación	7	27
TOTAL	**35**	**142**

Además, en el proceso de elaboración del POIE se ha prestado especial atención a colectivos con necesidades diferenciadas: **niños y niñas, adolescentes y adultos jóvenes (AYAs), personas mayores y largos supervivientes.** Es por ello, que el plan incluye 20 acciones específicas dirigidas a estos grupos, y promueve que todas las actuaciones generales consideren su adecuación a estas poblaciones.

1. Las personas, eje central del POIE



Esta área establece el fundamento ético y operativo del POIE: una atención oncológica centrada en las personas. Parte de la premisa de que **cada individuo** —ya sea paciente, cuidador, profesional o miembro de la comunidad— **debe ser el eje vertebrador de todas las actuaciones del sistema.**

Este enfoque trasciende lo clínico para **integrar dimensiones emocionales, sociales, culturales y espirituales.**

El modelo se alinea con el Modelo de Humanización de Osakidetza, que concibe la humanización como una responsabilidad compartida entre organizaciones, profesionales y ciudadanía. Se promueve una **atención holística, empática y personalizada,** que garantice la dignidad y el bienestar integral de quienes transitan el proceso oncológico.

Se integran en esta área prioritaria los siguientes **5 objetivos que suman un total de 14 actuaciones:**

OBJETIVOS	N° DE ACTUACIONES
1.1 Impulsar una **cultura organizacional centrada en la humanización** de la atención, fomentando el liderazgo en la atención personalizada y empática en todos los niveles asistenciales.	1
1.2 Fomentar la **implicación activa y significativa de los y las pacientes y sus acompañantes en la toma de decisiones** compartidas relacionadas con su atención.	3
1.3 Ofrecer una **atención integral y personalizada** que respete la dignidad,las necesidades, los valores y las preferencias de cada paciente, asegurando una comunicación empática y clara en todas las etapas del proceso oncológico, con recursos accesibles y adaptados a sus circunstancias.	4
1.4 Crear **entornos físicos y asistenciales que favorezcan el bienestar emocional y físico de pacientes, acompañantes y profesionales**, adaptándolos a las necesidades específicas de cada colectivo, especialmente en pediatría.	3
1.5 Fomentar el bienestar emocional y físico de los y las profesionales, asegurando que cuenten con un entorno laboral saludable, así como con las herramientas necesarias para brindar una atención de calidad.	3
TOTAL GENERAL	14

2. Modelo asistencial



El modelo asistencial del POIE constituye la **estructura organizativa que articula la atención oncológica en Euskadi.** Su objetivo es garantizar una **atención integral,** equitativa y de calidad, **basada en la coordinación efectiva entre todos los niveles asistenciales**, especialidades y agentes implicados en el proceso del cáncer.

Este modelo se apoya en un **enfoque multidisciplinar**, donde los distintos profesionales sanitarios colaboran de forma estructurada y se alinea con estrategias europeas como la Misión Cáncer y el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, con la aspiración de que Euskadi forme parte de la red de Comprehensive Cancer Center (CCC). Además, se reconoce la **comunicación como un eje transversal del modelo;** se refuerza la necesidad de una comunicación fluida **entre instituciones, profesionales y ciudadanía,** tanto para mejorar la coordinación interna como para sensibilizar e informar a la población sobre prevención, diagnóstico precoz y acompañamiento integral.

En conjunto, este modelo representa una evolución hacia un **sistema más integrado, innovador y centrado en las personas, orientado a maximizar los resultados en salud**, reducir desigualdades y garantizar una **atención oncológica de excelencia en todo el territorio vasco**.

Esta área prioritaria se estructura en torno a **4 objetivos y un total de 19 actuaciones.**

OBJETIVOS	Nº DE ACTUACIONES
2.1 Garantizar un Modelo Asistencial, equitativo y eficiente, que persiga la calidad y la atención integrada de los pacientes con cáncer de Euskadi.	9
2.2 Disponer de **Rutas Asistenciales específicas** al objeto de garantizar respuestas rápidas, eficientes y homogéneas, adaptadas a las necesidades cambiantes de los y las pacientes.	4
2.3 Integrar la investigación oncológica en el modelo asistencial para impulsar la innovación y la mejora continua de la atención.	3
2.4 Apostar por las **acreditaciones y estándares europeos.**	3
TOTAL GENERAL	**19**

3. Promoción de la salud y prevención del cáncer



La promoción de la salud y la prevención primaria son estrategias fundamentales del POIE para reducir la incidencia del cáncer de forma sostenible. Esta área prioritaria **busca empoderar a la ciudadanía y transformar los entornos para reducir la exposición a factores de riesgo y fomentar estilos de vida saludables.**

Desde un enfoque integral, se actúa en dos niveles: (i) **individual**, promoviendo la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud a lo largo de la vida, e, (ii) **intersectorial**, impulsando políticas públicas que integren la salud en ámbitos como la educación, el urbanismo o el medio ambiente.

Las intervenciones se basan en la evidencia científica y se orientan a reducir factores de riesgo tomando como referencia el Código Europeo Contra el Cáncer (CECC). En conjunto, esta estrategia sitúa la prevención como eje estructural del POIE, con un **enfoque anticipatorio, basado en la evidencia y orientado a mejorar la calidad de vida, reducir desigualdades y garantizar la sostenibilidad** del sistema sanitario.

El área prioritaria de Promoción de la Salud y Prevención del Cáncer se estructura en torno a **3 objetivos y 14 actuaciones.**

OBJETIVOS	N° DE ACTUACIONES
3.1 Implementar políticas generadoras de entornos saludables que faciliten la adopción de **estilos de vida saludables, la reducción de la exposición a riesgos ambientales y sociales asociados al cáncer,** y el fortalecimiento de las **intervenciones preventivas**	5
3.2 Promover hábitos de vida saludables en relación con los factores de riesgo asociados al cáncer, teniendo en cuenta: las etapas de la vida, las desigualdades en salud y la perspectiva de género	7
3.3 Proteger la salud de las personas trabajadoras mediante la reducción de la exposición a cancerígenos laborales y la promoción de entornos laborales saludables	2
TOTAL GENERAL	14

4. Detección precoz del cáncer



La detección precoz es uno de los pilares fundamentales en la lucha contra el cáncer, ya que permite identificar la enfermedad en fases iniciales, reducir la agresividad de los tratamientos, mejorar la supervivencia y la calidad de vida.

El POIE articula esta área prioritaria en torno a las siguientes líneas de actuación: **cribado poblacional organizado en personas asintomáticas,** basados en la evidencia y siguiendo las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea para tumores de alta prevalencia como mama, colorrectal y cérvix, y los **programas de vigilancia en personas con alto riesgo genético.**

En conjunto, esta área impulsa una visión moderna, equitativa y basada en la evidencia de la detección precoz, clave para reducir la mortalidad y avanzar hacia un sistema oncológico más proactivo y centrado en las personas.

Esta área prioritaria cuenta con **4 objetivos y un total de 11 actuaciones.**

OBJETIVOS	Nº DE ACTUACIONES
4.1 Adecuar el abordaje de la prevención secundaria siguiendo las recomendaciones europeas y la evidencia científica.	2
4.2 Aumentar la participación en los cribados poblacionales y disminuir las desigualdades	4
4.3 Conocer los resultados de los cribados en cuanto a su impacto en la incidencia y mortalidad, así como sus beneficios y efectos adversos.	2
4.4 Asegurar el acceso de las personas con criterios de riesgo aumentado a programas de vigilancia y seguimiento: cáncer hereditario, antecedentes familiares y exposición laboral	3
TOTAL GENERAL	11

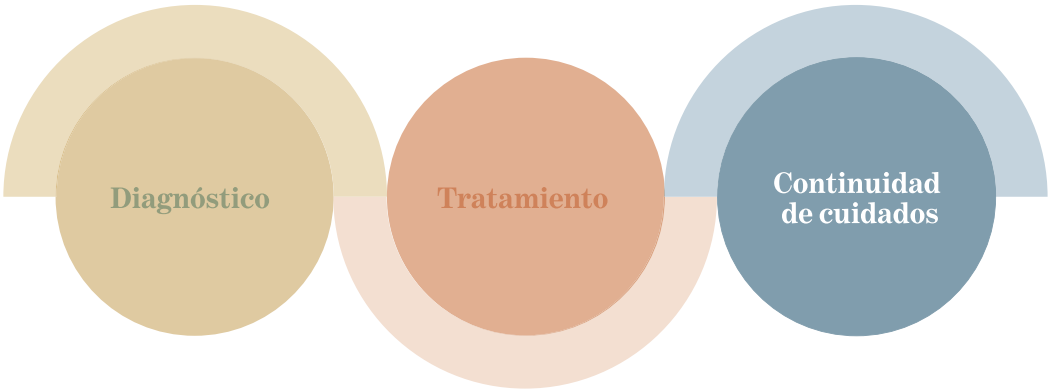
5. Atención integral



El POIE promueve un modelo de **atención integral e integrada** del cáncer, que acompaña a la persona **desde el diagnóstico hasta el seguimiento o los cuidados al final de la vida.** Este modelo se centra en la persona y su entorno, garantizando una atención continua, coordinada y de calidad.

La atención integral **abarca tanto aspectos sanitarios como no sanitarios,** y requiere una **coordinación eficaz entre profesionales y niveles asistenciales.** Incluye el diagnóstico precoz, terapias innovadoras y personalizadas, y la incorporación de avances como la Medicina de Precisión, la Inteligencia Artificial y la telemedicina.

Tal y como se recoge en el esquema, la atención integral se estructura en las siguientes fases:



Esta área prioritaria cuenta con **9 objetivos y un total de 41 actuaciones.**

I. Diagnóstico

Detectar el cáncer en fases tempranas es clave para mejorar las posibilidades de curación. Por eso, se busca **reducir al máximo el tiempo entre la sospecha y el inicio del tratamiento, así como mejorar la precisión del diagnóstico.** Con este objetivo, el nuevo POIE apuesta por reforzar herramientas como el **diagnóstico biológico, radiológico y la Medicina de Precisión, y por ampliar y estandarizar los circuitos de diagnóstico rápido, como el modelo Minbizi.**

OBJETIVOS	Nº DE ACTUACIONES
5.1 Reducir los tiempos de espera en el diagnóstico oncológico mediante personal especializado y tecnologías avanzadas, asegurando la detección rápida y el diagnóstico preciso de las patologías.	8
5.2 Consolidar la implementación de la Medicina de Precisión Personalizada como estándar en el diagnóstico oncológico, basándose en datos genómicos, biomarcadores y guías actualizadas	3
TOTAL GENERAL	11

II. Tratamiento

La mejora del pronóstico pasa por **la innovación constante en terapias quirúrgicas, médicas y radioterápicas.** Se promueve la **incorporación de tratamientos avanzados** —como terapias celulares, biológicas o la protonterapia— **dentro de la Cartera de Servicios,** asegurando que todos los pacientes puedan acceder a ellos de forma equitativa y que sean administrados por equipos altamente especializados.

OBJETIVOS	Nº DE ACTUACIONES
5.3 Garantizar el acceso equitativo, efectivo y sostenible a los tratamientos y medicamentos disponibles en el sistema sanitario público, evitando la variabilidad no justificada y asegurando que las decisiones terapéuticas se basen en el valor clínico, la evidencia científica y el consenso de equipos multidisciplinares, con el fin de mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de los y las pacientes.	7
5.4 Optimizar el acceso efectivo, equitativo y sostenible a tratamientos innovadores.	3
5.5 Mejorar los resultados en salud en pacientes concentrando los procesos quirúrgicos de alta complejidad y baja prevalencia, conforme a estándares reconocidos.	2
TOTAL GENERAL	**12**

III. Continuidad de cuidados

El cuidado de la persona con cáncer no termina con el tratamiento. Es fundamental identificar y **atender sus necesidades** —y las de su entorno— **en todas las etapas: desde el diagnóstico hasta la cronicidad o el final de la vida.** Esto incluye aspectos como la preparación quirúrgica, la alimentación, el ejercicio físico, el apoyo psicosocial y los cuidados paliativos. **La coordinación entre profesionales sanitarios y servicios sociales es esencial para garantizar esta continuidad. Además, se presta especial atención a los supervivientes,** que tras superar el tratamiento, pueden enfrentar secuelas físicas y emocionales que afectan su calidad de vida.

OBJETIVOS	Nº DE ACTUACIONES
5.6 Asegurar que la persona paciente cuente con los cuidados y recursos necesarios en base a una **evaluación funcional** ejecutada en cada una de las fases (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cronicidad, fin de vida) para afrontar la enfermedad y la toma de decisiones clínicas informadas.	8
5.7 Optimizar el soporte de cuidados paliativos dentro del proceso asistencial del cáncer.	3
5.8 Mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales que intervienen en el proceso oncológico a través de una comunicación ágil y bidireccional entre las personas profesionales tanto del ámbito sanitario como social y educativo con la adaptación de las herramientas digitales.	5
5.9 Ofrecer tanto a las personas profesionales del ámbito de Osakidetza como a las personas pacientes, su entorno y a la comunidad, **formación específica en el ámbito de los cuidados** que incida en la mejora de la calidad de vida en todas las fases del proceso.	2
TOTAL GENERAL	**18**

6. Resultados en salud, sistemas de registro, información y vigilancia



El Plan Oncológico Integral de Euskadi (POIE) propone un modelo de atención al cáncer que va más allá del tratamiento clínico, apostando por una visión integral e integrada que acompañe a la persona desde el diagnóstico hasta el seguimiento a largo plazo o el final de la vida. Este enfoque busca no solo curar, sino también cuidar, acompañar y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el cáncer.

En este contexto, el POIE sitúa en el centro de su estrategia **la mejora de los resultados en salud, entendidos como los cambios positivos en el estado de salud atribuibles a las intervenciones sanitarias.** Para ello, se plantea una evaluación basada en cinco ámbitos clave:

- **Resultados epidemiológicos,** que permiten analizar la incidencia, mortalidad, supervivencia y equidad en el acceso a los servicios.
- **Resultados clínicos,** centrados en la evolución médica del paciente y la efectividad de los tratamientos aplicados.
- **Gestión sanitaria,** que evalúa la calidad asistencial y el desempeño de los servicios y del sistema en su conjunto.
- **Valor,** entendido como la eficiencia en el uso de los recursos en relación con los beneficios obtenidos en salud.
- **Resultados en humanización,** que recogen aspectos como la calidad de vida, la satisfacción del paciente y el respeto a sus preferencias.

Para hacer posible esta evaluación, el plan apuesta por el **fortalecimiento de los sistemas de información y registro,** además de **promover una gobernanza del dato clara y eficaz,** que garantice la calidad, trazabilidad y utilidad de la información recogida.

Todo ello se alinea con el desarrollo del Espacio Europeo de Datos de Salud (EHDS). Una iniciativa que busca mejorar el acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad en toda la Unión Europea, fomentar la innovación terapéutica y digital, y avanzar hacia un uso más eficiente y ético de los datos en salud.

El área prioritaria integra un total de **3 objetivos que se despliegan en 16 actuaciones:**

OBJETIVOS	Nº DE ACTUACIONES
6.1 Disponer de un Modelo de Gestión basado en aportar valor a los y las pacientes de cáncer y a la población en general, enfocado en **mejorar la salud, el bienestar integral y fomentando la prevención, la seguridad, la eficiencia y la sostenibilidad** del sistema sanitario.	4
6.2 Contar con un Sistema de Información en cáncer robusto, que cumpla con los estándares que establece el **Espacio Europeo de Datos.**	8
6.3 Establecer un modelo para la toma de decisiones que permita evaluar el **impacto en salud** de las diversas intervenciones **a nivel macro, meso y micro,** así como la rendición de cuentas a la sociedad. Dicho modelo ayudará en el uso de datos objetivos para la gestión de la cartera de servicios, promoverá la financiación y el pago basado en valor, facilitando así el acceso sostenible a nuevas terapias y tecnologías sanitarias, necesarias para la salud.	4
TOTAL GENERAL	16

7. Investigación e innovación



La investigación y la innovación son elementos estratégicos del POIE, esenciales para **trasladar los avances científicos a la práctica clínica y mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la calidad de vida de las personas con cáncer.** En Euskadi, esta apuesta se articula a través de una red consolidada de Institutos de Investigación Sanitaria (Bioaraba, Biobizkaia, Biogipuzkoa y Biosistemak), coordinados por BIOEF, que lideran una parte significativa de la investigación oncológica del sistema sanitario.

El plan promueve un enfoque traslacional, con **especial énfasis en la Medicina de Precisión Personalizada y las Terapias Avanzadas,** áreas prioritarias tanto en la Estrategia de Investigación e Innovación en Salud como en el PCTI2030. Además, se reconoce la importancia de **impulsar investigaciones desde otros ámbitos** que respondan a las necesidades reales de los pacientes a lo largo de todo el proceso oncológico.

Durante el periodo de vigencia del POIE, se prevé un avance significativo en el ámbito de la investigación oncológica a nivel europeo e internacional. Por ello, el plan servirá como marco de referencia para priorizar líneas de investigación e innovación, asegurando que Euskadi se mantenga alineada con los desarrollos científicos más punteros y con capacidad de liderazgo en el contexto global.

El área prioritaria de investigación e innovación cuenta con **7 objetivos y un total de 27 actuaciones**.

OBJETIVOS	Nº DE ACTUACIONES
7.1 Promover y potenciar la investigación e innovación en cáncer, con un enfoque integral y colaborativo, aprovechando las fortalezas del ecosistema vasco de salud e impulsando el posicionamiento de Euskadi y sus capacidades en el ámbito internacional con un compromiso claro hacia la mejora de la atención a los pacientes y la ciudadanía.	3
7.2 Impulsar la integración entre la práctica clínica, la investigación y la innovación, poniendo en valor la investigación traslacional y la implementación efectiva de soluciones que optimicen los resultados en salud.	2
7.3 Utilizar todo el potencial del ecosistema de investigación e innovación en cáncer, incluyendo a todos los agentes que abordan la I+D+i en cáncer, públicos y privados, gubernamentales y no gubernamentales potenciando el posicionamiento de Euskadi a nivel internacional.	3
7.4 Fomentar la participación de la ciudadanía en la investigación, innovación y evaluación.	4
7.5 Poner en valor la actividad investigadora, integrándola como una parte esencial del desarrollo de la profesión sanitaria.	4
7.6 Optimizar el acceso, desarrollo y participación en los Estudios clínicos, garantizando su accesibilidad para pacientes y profesionales.	7
7.7 Facilitar la gestión integral, ética y eficiente de datos y muestras para la investigación en cáncer.	4
TOTAL GENERAL	27

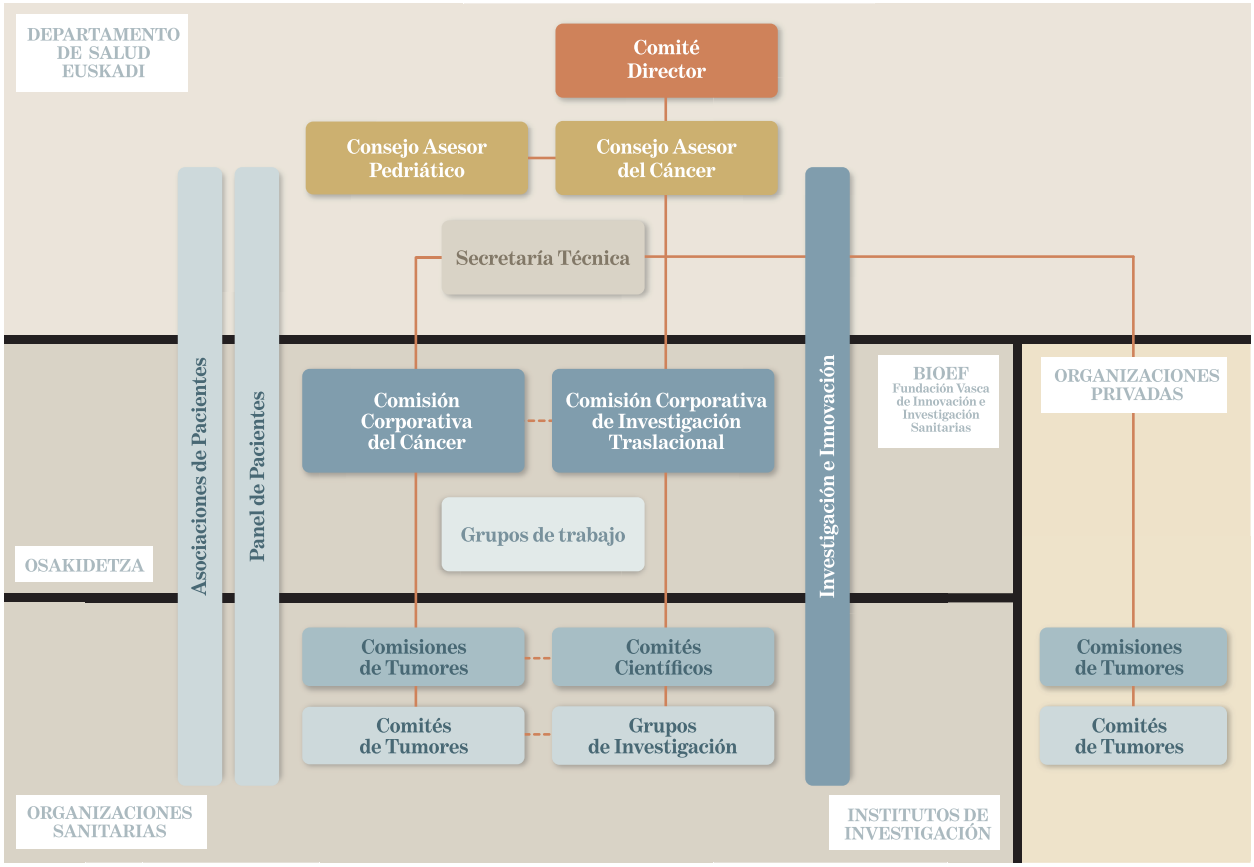
Gobernanza del POIE

Estructura organizativa

La gobernanza del POIE constituye el **marco organizativo y funcional** que garantiza su despliegue, **seguimiento y evaluación.** Se concibe como un sistema **estructurado, participativo y dinámico,** alineado con los principios rectores del plan y orientado a asegurar su implementación efectiva en todo el territorio. El modelo de gobernanza del POIE se basa en los siguientes pilares:

- **Liderazgo institucional** sólido y comprometido.
- **Participación activa** de todos los agentes implicados: profesionales, pacientes, ciudadanía, instituciones y organizaciones sanitarias.
- **Coordinación interinstitucional e interdepartamental,** bajo el principio de "Salud en Todas las Políticas".
- **Transparencia y rendición de cuentas,** mediante mecanismos de seguimiento y evaluación continua.
- **Flexibilidad y capacidad de adaptación,** para responder a los retos emergentes del sistema oncológico.

La estructura de gobernanza se articula en distintos órganos con funciones claramente definidas, que permiten una gestión eficaz y colaborativa del plan. En la Figura 2 se muestra el organigrama con los principales elementos de la estructura organizativa de la gobernanza del POIE y más adelante, se describen los principales componentes:



Organigrama con los principales elementos de la estructura organizativa de la gobernanza del POIE 2025-2030.

Principales componentes:

- **Comité Director:**

  Órgano de máximo nivel, responsable de liderar el despliegue del POIE, garantizar el compromiso institucional y validar los resultados.

- **Consejo Asesor del Cáncer:**

  Responsable de gestionar el despliegue del POIE, así como su seguimiento y evaluación continua, proponiendo cambios y/o mejoras, si fueran necesarios.

- **Consejo Asesor Pediátrico:**

  Vela por los criterios de calidad para la óptima organización y gestión de la atención asistencial de todos los casos de cáncer en la infancia y la adolescencia, y tiene relación directa con el Consejo Asesor del Cáncer.

- **Secretaría Técnica:**

  Núcleo operativo del POIE. Actúa como soporte para los órganos de gobernanza, coordina los grupos de trabajo y lidera la evaluación del plan.

- **Comisión Corporativa del Cáncer:**

  Entre las diferentes funciones, tiene como objetivo desplegar el plan en el ámbito clínico y asistencial, recoger las necesidades de las Organizaciones Sanitarias, y promover la integración de la investigación en la práctica clínica.

- **Comisión Corporativa de Investigación Traslacional:**

  Responsable de diseñar y supervisar la Estrategia de Investigación e Innovación en Cáncer, y velar por el cumplimiento de los objetivos y acciones vinculadas con la Investigación e Innovación.

- **Comisión de Tumores:**

  Encargada de trasladar las decisiones de la Comisión Corporativa del Cáncer y su aplicación en su organización, y de mantener una comunicación bidireccional.

- **Comités de Tumores:**

  Equipos multidisciplinares que lideran la gestión clínica y la toma de decisiones terapéuticas. También tienen el objetivo de integrar la investigación en la práctica clínica y facilitar las sinergias y el trabajo coordinado.

- **Grupos de Trabajo:**

  Se prevé la creación de grupos de trabajo específicos que serán responsables del desarrollo de las acciones del POIE.

- **Participación de pacientes y ciudadanía:**

  Será necesario definir el modelo de participación de pacientes/ciudadanía/asociaciones en el modelo organizativo, los procesos asistenciales y la investigación.

Cuadro de mando

El cuadro de mando es la herramienta que permite evaluar tanto el impacto como el grado de ejecución del POIE, además de facilitar la toma de decisiones. En este caso se ha definido un cuadro de mando estructurado en dos planos:

- Un plano de 7 **Indicadores Generales,** vinculados con la consecución de la VISIÓN definida y, por lo tanto, más orientado al logro de resultados e impacto.

INDICADORES GENERALES
0.1. Tasas de incidencia del cáncer en Euskadi por tipo de cáncer.
0.2. Tasa de mortalidad por cáncer en Euskadi por tipo de cáncer.
0.3. Supervivencia global y supervivencia relativa a 1, 3 y 5 años de las personas diagnosticadas de cáncer en Euskadi por tipo de cáncer.
0.4. Años potenciales de vida perdidos por las personas fallecidas a causa del cáncer en Euskadi.
0.5. Años de vida ajustada por calidad de vida.
0.6. Calidad de vida de las personas pacientes y supervivientes de cáncer y sus cuidadores.
0.7. Grado de satisfacción de la ciudadanía en relación con cómo el sistema aborda el cáncer.

- Un conjunto de 74 **Indicadores Específicos para cada una de las Áreas Prioritarias**, que pretenden orientar el nivel de logro de los objetivos, y el grado ejecución del POIE.

ÁREAS PRIORITARIAS	Nº DE INDICADORES ESPECÍFICOS
1 Las personas eje central del POIE	2
2 Modelo asistencial	10
3 Promoción de la salud y prevención del cáncer	12
4 Detección precoz	9
5 Atención integral	18
6 Resultados en salud, sistemas de registro, información y vigilancia	7
7 Investigación e innovación	13
TOTAL	**74**



01

Introducción y contexto

Introducción y contexto

El Plan Oncológico Integral de Euskadi (en adelante POIE) es el instrumento de planificación y programación del sistema de salud de Euskadi en materia de cáncer. Se trata de un Plan de carácter estratégico, que persigue mejorar los resultados en salud en relación con esta enfermedad, que actualmente es la principal causa de muerte entre los hombres y la segunda entre las mujeres, pero que además repercute directamente en una disminución de la calidad de vida de la persona que lo padece y su entorno. Así, el nuevo POIE se establece como un marco de referencia para orientar e impulsar el diseño de políticas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de pacientes, supervivientes y su entorno, promoviendo un abordaje integral y coordinado de la enfermedad.

En Europa, en 2022, se registraron 2,7 millones de nuevos casos y 1,3 millones de fallecimientos, un 2,3 % y 2,4% más que en 2020, respectivamente [1]. Se estima que en 2040 el 31 % de los hombres y el 25 % de las mujeres en la UE serán diagnosticados con cáncer antes de los 75 años [2]. En este contexto, la propia UE, con la Misión Cáncer [3], propone como objetivo global lograr avances en la próxima década que permitan salvar al menos 3 millones de vidas en Europa. En líneas generales, busca alargar la esperanza de vida de los y las pacientes oncológicos/as, lograr una mayor calidad de vida -también para los y las supervivientes y el entorno familiar- y consolidar mecanismos que eviten o retrasen la aparición de la enfermedad.

Entre las iniciativas del Plan Europeo de Lucha Contra el Cáncer destaca la número 5, que pretende asegurar la atención de alta calidad mediante la Red Europea de Centros Integrales de Cáncer (Comprehensive Cancer Centers, CCC) [4]. Para ello se promueven diferentes acciones conjuntas que tienen como objetivo reducir las desigualdades en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación, con un enfoque armonizado y de alta calidad en la atención oncológica, además de potenciar la colaboración para que los centros compartan mejores prácticas, recursos y conocimientos. Concretamente, en este Plan se han incluido varias acciones dirigidas a asegurar la calidad en el abordaje integral del cáncer en Euskadi en base a los estándares europeos establecidos para los CCC.

En Euskadi, el Plan de Salud 2030 marca la política sanitaria [5], define las prioridades para el periodo de vigencia, y aspira a lograr una Euskadi más saludable. Entre todos sus objetivos, cabe destacar el Objetivo General: Mejorar la salud y reducir la morbimortalidad evitable, teniendo en cuenta que las principales causas de la carga de enfermedad y de mortalidad corresponden a las enfermedades no transmisibles (ENT), siendo el cáncer una de las más relevantes.

En coherencia con todo ello, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco ha trabajado en su segundo plan oncológico, dando continuidad al Plan Oncológico de Euskadi (POE) 2018-2023, que ayudó a sentar las bases en el abordaje de la enfermedad, y que ha aportado importantes aprendizajes derivados de su implantación [6]. En este sentido se ha considerado necesario darle continuidad al POE 2018-2023 y seguir avanzando hacia un modelo de atención oncológica con un abordaje más integral. Este nuevo Plan Oncológico pretende elevar el alcance del término integral priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, abordando de forma equitativa las necesidades de las personas con cáncer y su entorno en todas las fases del proceso, mejorando para ello la coordinación interinstitucional y con un liderazgo transformador.

El proceso de elaboración del POIE 2025-2030 ha tenido un carácter muy participativo contando con más de 160 profesionales de los diferentes grupos de interés que se ven afectados, principalmente profesionales sanitarios y gestores, pero también pacientes, asociaciones... del sector de la salud y de otros sectores también relacionados.

El resultado es el POIE 2025-2030, con una razón de ser que se concreta en su Misión. Recoge también una Visión que define sus aspiraciones, unos Principios Rectores que guían todo el proceso, y unas Áreas Prioritarias con sus respectivos Objetivos y Acciones para alcanzarlos. Además, incorpora un Cuadro de Mando que permite hacer un seguimiento, evaluación y monitorización, todo ello en el marco de un modelo de Gobernanza definido para Euskadi.



02

Situación actual del cáncer en Euskadi

Situación actual del cáncer en Euskadi

2.1 Estado de salud en Euskadi

El cáncer se ha consolidado como un problema de salud pública en Euskadi, representando en 2023 el 28% de los fallecimientos totales. Entre los hombres, es la primera causa de muerte (33,8% de las defunciones) mientras que en las mujeres ocupa el segundo lugar (22,3%) después de las enfermedades cardiovasculares (26,3%). Este impacto se refleja no solo en las cifras de mortalidad, sino también en los años potenciales de vida perdidos, tal y como se recoge en el Informe Mortalidad en la Comunidad Autónoma de Euskadi de 2023 [7].

La transición demográfica y epidemiológica, caracterizada por una población envejecida y un aumento en la esperanza de vida, ha influido significativamente en estas cifras. Este contexto exige un enfoque integral que combine estrategias preventivas, programas de diagnóstico precoz y avances terapéuticos para reducir la incidencia, mejorar la supervivencia y la calidad de vida.

El informe Cáncer en Euskadi 2001-2023 detalla la evolución de la incidencia y mortalidad por cáncer en el período señalado, así como la mortalidad por cáncer durante el periodo de 2019-2023, que se detallan en los siguientes apartados [8].

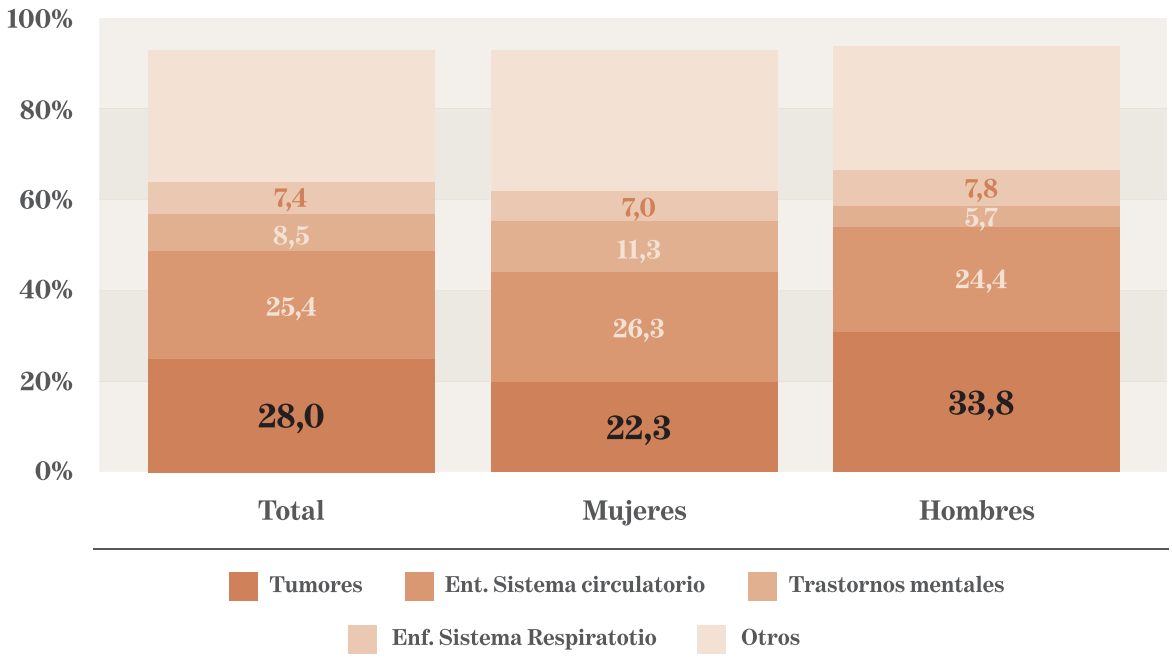


Figura 1. Distribución de las principales causas de mortalidad en Euskadi en el período 2019-2023 por sexo.

2.2 Incidencia de cáncer y su evolución en el periodo 2001-2019

En el periodo 2015 y 2019 se diagnosticaron en Euskadi 71.634 casos de cáncer, lo que equivale a una media de 14.327 nuevos casos al año (8.251 en hombres y 6.076 en mujeres).

La tasa de incidencia bruta fue de 780,1 por 100.000 en hombres y de 542,4 por 100.000 en mujeres, con tasas ajustadas por edad superiores en hombres, alcanzando una razón hombre/mujer de 1,7.

El 50 % de la incidencia se debe a las cuatro localizaciones más frecuentes.

- En las mujeres: destaca por su incidencia el cáncer de mama, seguido del colorrectal y del cáncer de pulmón, ocupando el cuarto lugar el cáncer de útero.
- En los hombres: el cáncer de próstata ha sido el más frecuente, seguido del cáncer de pulmón, colorrectal y vejiga.

La evolución de las tasas de incidencia del conjunto de tumores malignos en el período 2001-2019 se mantuvo sin diferencias significativas hasta el 2012 y disminuyó un 1,7 % anual en el período 2012-2019. Este punto de inflexión se atribuye a la caída de los casos de cáncer colorrectal, como consecuencia de la implementación del programa poblacional de detección precoz del cáncer colorrectal en 2009. Concretamente para la incidencia del cáncer de colon-recto, en el período entre el 2013 y 2016 se observó un descenso significativo del 10,5% anual, seguido por un descenso más atenuado del 3,8%, no significativo, a partir del 2016.

En mujeres, se registró un aumento anual significativo del 1,8% hasta 2013 (de 372,2 por 100.000 en 2001 a 462,1 en 2013), y desde entonces se mantuvo sin cambios significativos hasta 2019 (462,1). Destaca el incremento del 5,8% anual en el cáncer de pulmón (de 12,9 en 2001 a 40,2 en 2019), 2,2% anual (de 8,0 a 12,8) en el cáncer de riñón y un 2,1% (de 13,0 a 16,3) en el cáncer de páncreas.

En hombres, la incidencia aumentó un 0,3% anual hasta 2012 (de 816,7 por 100.000 en 2001 a 857,8 en 2012) y luego disminuyó significativamente un 1,7% anual hasta 2019 (755,7). En el período entre 2001 y 2019 aumentó significativamente la incidencia de cáncer de tiroides, un 5,8% anual (de 1,7 a 7,2), y el cáncer de testículo, un 2,9% anual (de 3,2 a 6,7). Sin embargo, disminuyó, también de manera significativa, el cáncer de laringe, un 3,3% anual (de 28,7 a 15,3) y un 2,5% anual (de 39,4 a 25,6) el cáncer de cavidad oral y faringe.

Aunque el cáncer de mama en mujeres y el de próstata en hombres son los más comunes, el cáncer de pulmón en mujeres y el de páncreas en ambos sexos requieren especial atención. En el caso del cáncer de mama, los programas de cribado y los avances terapéuticos han mejorado la supervivencia, mientras que el cáncer de páncreas sigue siendo uno de los más letales debido a su diagnóstico tardío.

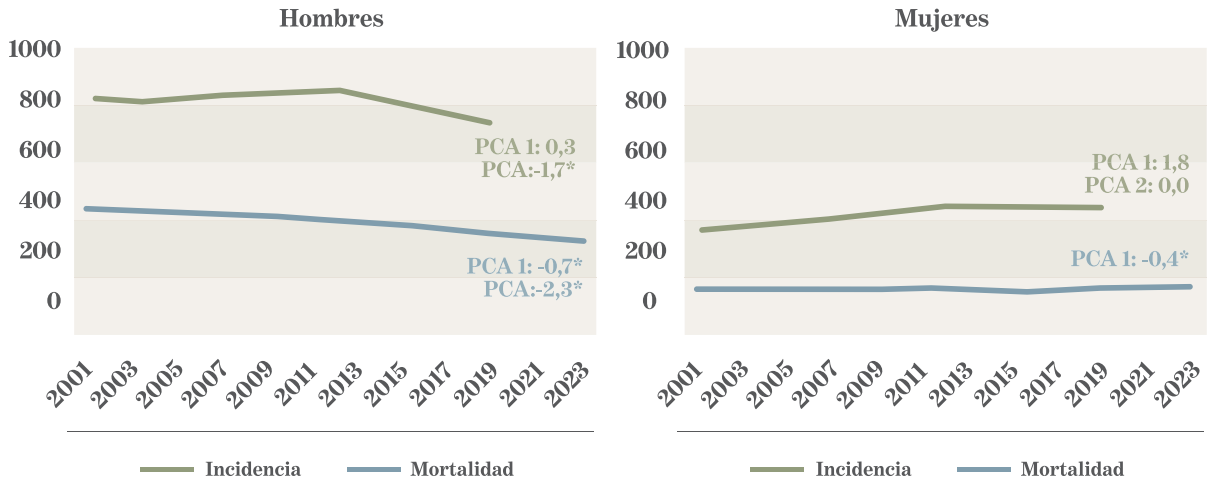


Figura 2. Evolución de las tasas de incidencia (2001-2019) y mortalidad (2001-2023) de tumores malignos (CIE-10: C00-C97) según sexo

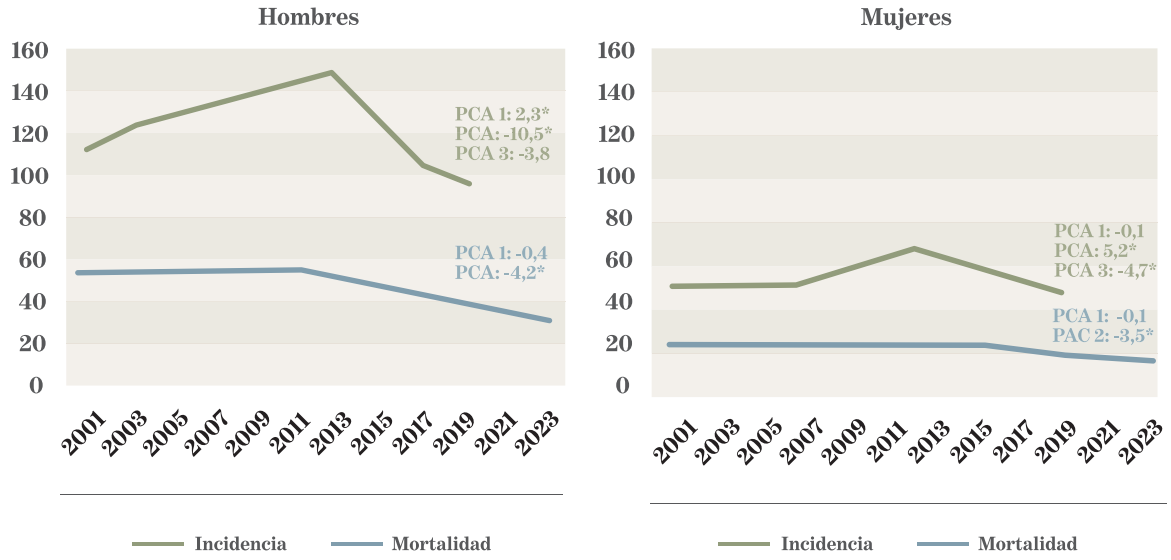


Figura 3. Evolución de las tasas de incidencia (2001-2019) y mortalidad (2001-2023) de tumor maligno de colon-recto (CIE-10: C18-C21) según sexo

2.3 Supervivencia relativa a los 5 años

Se estima que los y las pacientes diagnosticados/as de tumores malignos en el período 2013-2017 tuvieron una supervivencia a 5 años un 39% menor que la población general semejante por edad y sexo. Sin embargo, se ha observado una mejoría significativa con respecto a las personas diagnosticadas en el período 2008-2012 cuando este valor ascendía al 42%.

La supervivencia relativa ha mejorado en todos los grupos de edad de personas menores de 75 años a estudio, y especialmente, en los casos diagnosticados en estadios avanzados (III y IV).

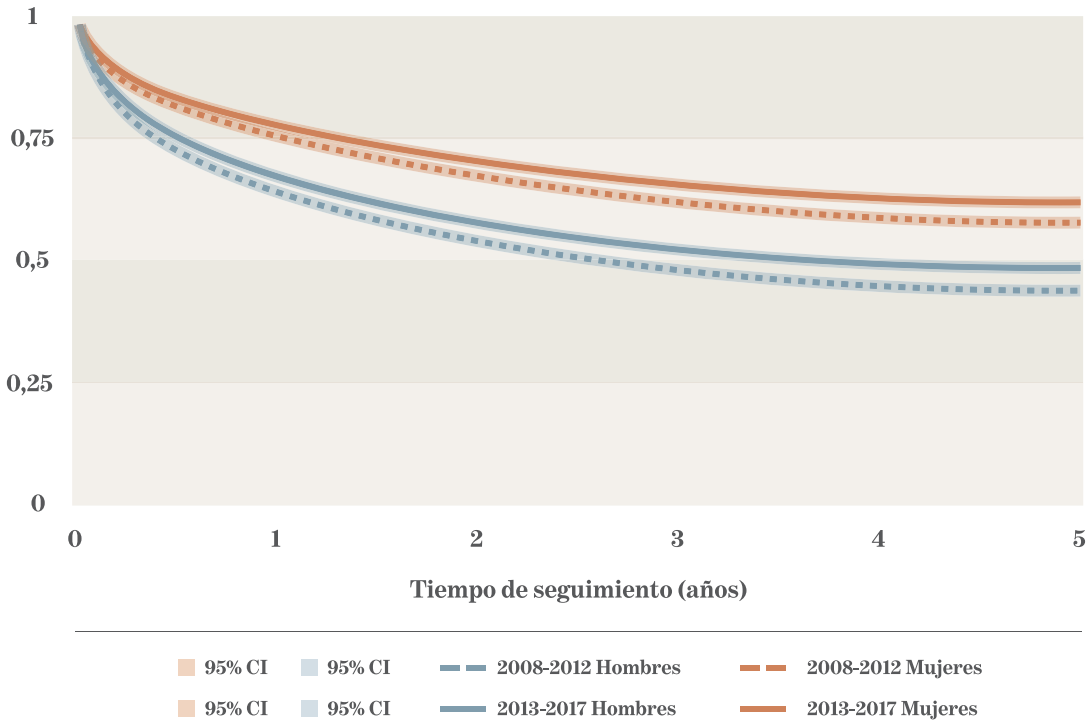


Figura 4. Curva de supervivencia de las personas diagnosticadas de cáncer en los períodos 2008-2012 y 2013-2017 por sexo.

En los cánceres diagnosticados en Euskadi durante el periodo 2013-2017, la supervivencia relativa a 5 años muestra avances importantes en algunos tipos de cáncer, aunque persisten desafíos significativos en otros. Los datos detallados son los siguientes:

- **Cáncer de mama:** La supervivencia media a 5 años de las mujeres diagnosticadas es un 12% menor que la población general (SR a 5 años: 0.88 [0.86; 0.89]).

  El cáncer de mama ha experimentado importantes progresos gracias a los programas de cribado poblacional y los tratamientos personalizados, lo que ha permitido alcanzar una supervivencia relativa del 88% a 5 años, mejorando tanto los resultados clínicos como la calidad de vida de las pacientes.

- **Cáncer de próstata:** La supervivencia media a 5 años de los hombres diagnosticadas es un 10% menor que la población general (SR a 5 años: 0.90 [0.88; 0.92]).

  Los cribados oportunistas de cáncer de próstata se han llevado a cabo en Euskadi a lo largo de muchos años siendo la supervivencia relativa, en estos momentos, semejante al del cáncer de mama. Sin embargo, hay que trabajar en el acceso equitativo a dicho cribado.

- **Cáncer colorrectal:** La supervivencia media a 5 años de las personas diagnosticadas es un 31% menor que la población general (SR a 5 años: 0.69 [0.68; 0.70]). No se observaron diferencias significativas en la supervivencia relativa a 5 años entre hombres y mujeres.

  En el caso del cáncer colorrectal, se han observado mejoras derivadas de la implementación del programa de detección precoz iniciado en 2009, que permite identificar tumores en etapas más tempranas. De hecho, la supervivencia relativa de las personas diagnosticadas ha mejorado significativamente frente a las diagnosticadas en el período 2008-2012. No obstante, este tipo de cáncer sigue representando un reto significativo debido a la complejidad de su manejo en etapas avanzadas. Concretamente los casos diagnosticados en estadio III y IV tienen una supervivencia relativa del 74% y 14% respectivamente, frente al 96% y 87% de los diagnosticados en los estadios I y II, similar para hombres y mujeres.

- **Cáncer de pulmón:** La supervivencia media a 5 años de las personas diagnosticadas es un 80% menor que la población general (SR a 5 años: 0.20 [0,19; 0,21]). Este valor es del 81% en hombres y del 77% para mujeres, diferencias estadísticamente significativas.

  La supervivencia relativa a 5 años, incluso de las personas diagnosticadas en los estadios

  iniciales en estadio I es un 35% menor (39% en hombres y 24%, en mujeres) que el de la población general y un 58% menor (58% en hombres y 54%, en mujeres) en estadio II. Esto evidencia la necesidad de potenciar los programas de prevención primaria con el objetivo de disminuir la incidencia de este cáncer, además de trabajar en el diagnóstico temprano del mismo.

  Sin embargo, la supervivencia ha mejorado significativamente con respecto al de las personas diagnosticadas en el período 2008-2012 cuando la supervivencia relativa a 5 años era del 13%, frente al 20% actual. Esta mejora ha sido notable tanto para hombres como para mujeres y especialmente en aquellos diagnosticados en estadio III, probablemente como consecuencia de la incorporación de nuevos tratamientos.

- **Cáncer de cérvix:** La supervivencia media a 5 años de las mujeres diagnosticadas es un 35% menor que la población general (SR a 5 años: 0.65 [0.58; 0.71]).

  Respecto al cáncer de cérvix, se espera que en un futuro cercano también se observen mejora derivadas de las estrategias de prevención primaria, como la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), y de la implementación del programa de cribado poblacional, más efectivo y accesible.

Estos datos evidencian la necesidad de continuar reforzando las políticas de prevención, detección precoz y acceso equitativo a tratamientos innovadores, adaptando las estrategias a las características específicas de cada tipo de cáncer para seguir mejorando las tasas de supervivencia.

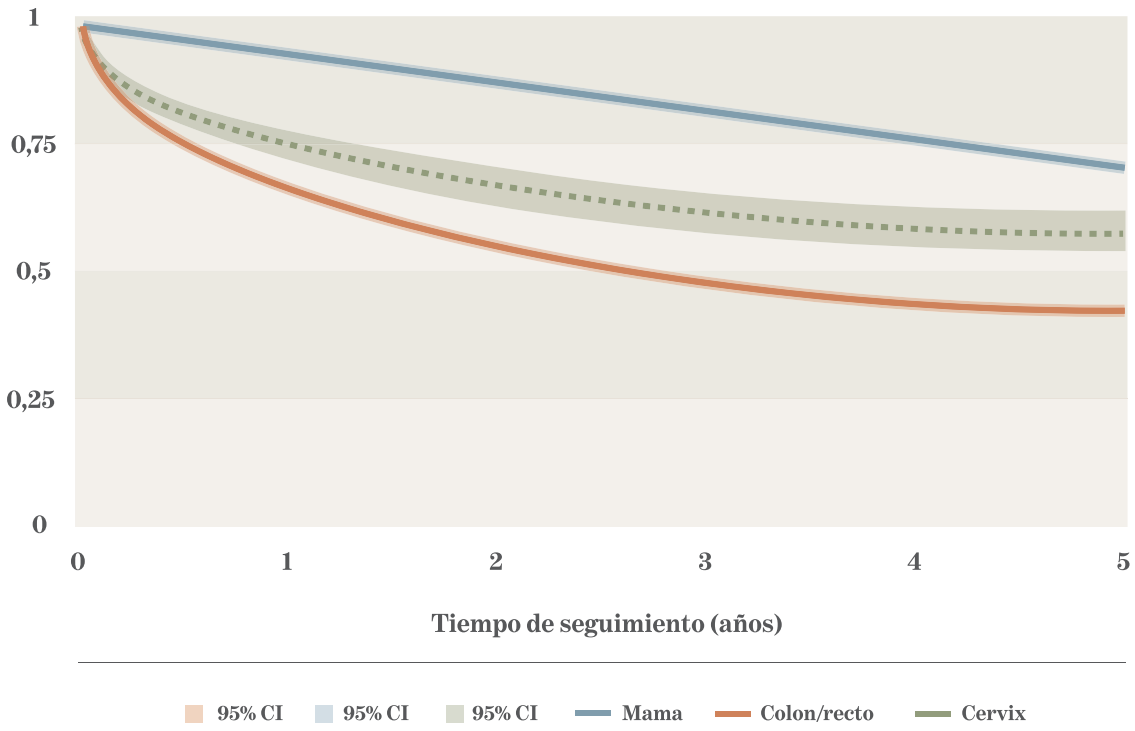


Figura 5. Curva de supervivencia de las personas diagnosticadas de cáncer de mama, colorrectal o cérvix en el período 2008-2017.

2.4 Mortalidad por cáncer 2019-2023

Durante el período 2019-2023, se produjeron una media anual de 6.146 muertes (3.655 hombres y 2.491 mujeres) por cáncer al año, lo que supone una tasa bruta de mortalidad por cáncer en Euskadi de 343,6 por 100.000 habitantes en hombres y de 220,6 en mujeres, evidenciando diferencias significativas entre ambos sexos. Estas diferencias se atribuyen, en parte, a la mayor incidencia de tipos de cáncer de peor pronóstico como el de pulmón y próstata en hombres.

La tasa ajustada por edad refleja un descenso notable en ambos sexos durante el periodo 2001-2023, especialmente en hombres, donde cayó de 438,9 por 100.000 habitantes en 2001 a 322,0 en 2023, con una disminución anual más pronunciada a partir de 2013 (-2,2% anual). En mujeres, la reducción fue más moderada (-0,4% anual), de 177,3 en 2001 a 154,2 en 2023. Son cinco las localizaciones tumorales que concentraron el 51% de las muertes por cáncer en ambos sexos: pulmón, colon-recto, páncreas, próstata y vejiga. Por sexos, en los hombres el cáncer que más muertes produce es el de pulmón (24,3 % de la mortalidad por cáncer), a continuación, se encuentra el colon-recto (11,9 %), próstata (9,4 %), vejiga (7,2 %), hígado (6,2 %) y páncreas (6,0 %). En las mujeres, el más frecuente es el cáncer de pulmón (14,1 %), seguido del cáncer de mama (12,8 %), el cáncer de colon-recto (12,7 %), y a continuación, se encuentran el páncreas (8,6 %), estomago (5,0 %) y las leucemias (4,9 %).

Cabe destacar que el cáncer de pulmón ha pasado de ser el tercer causante de defunciones en el quinquenio 2016-2020, al primer lugar en el quinquenio 2018-2023. Entre 2018 y 2023, el cáncer de pulmón se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, superando al de mama, lo que se relaciona con las cohortes de nacimiento en las que se observó el aumento del consumo de tabaco en mujeres. A pesar de los avances en la detección precoz, tratamientos más efectivos y la adopción de estilos de vida saludables, el incremento del cáncer de pulmón en mujeres subraya la necesidad de evaluar estrategias específicas de prevención y tratamiento para estas localizaciones tumorales, siguiendo las recomendaciones del Consejo Europeo.

Para valorar el impacto de la mortalidad prematura, se calcularon los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). En las mujeres las causas de muerte que más años potenciales de vida hicieron perder fueron los tumores (57 %), seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio (12 %). En los hombres los tumores también ocupan el primer lugar (39 %) seguidos de las causas externas (20 %) y las enfermedades del aparato circulatorio (19 %). Las causas específicas que han generado mayor pérdida de años potenciales de vida en las mujeres son, el tumor maligno de mama (12 %), el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (11 %). En hombres la mayor mortalidad prematura se debe al tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón con un 10 %.

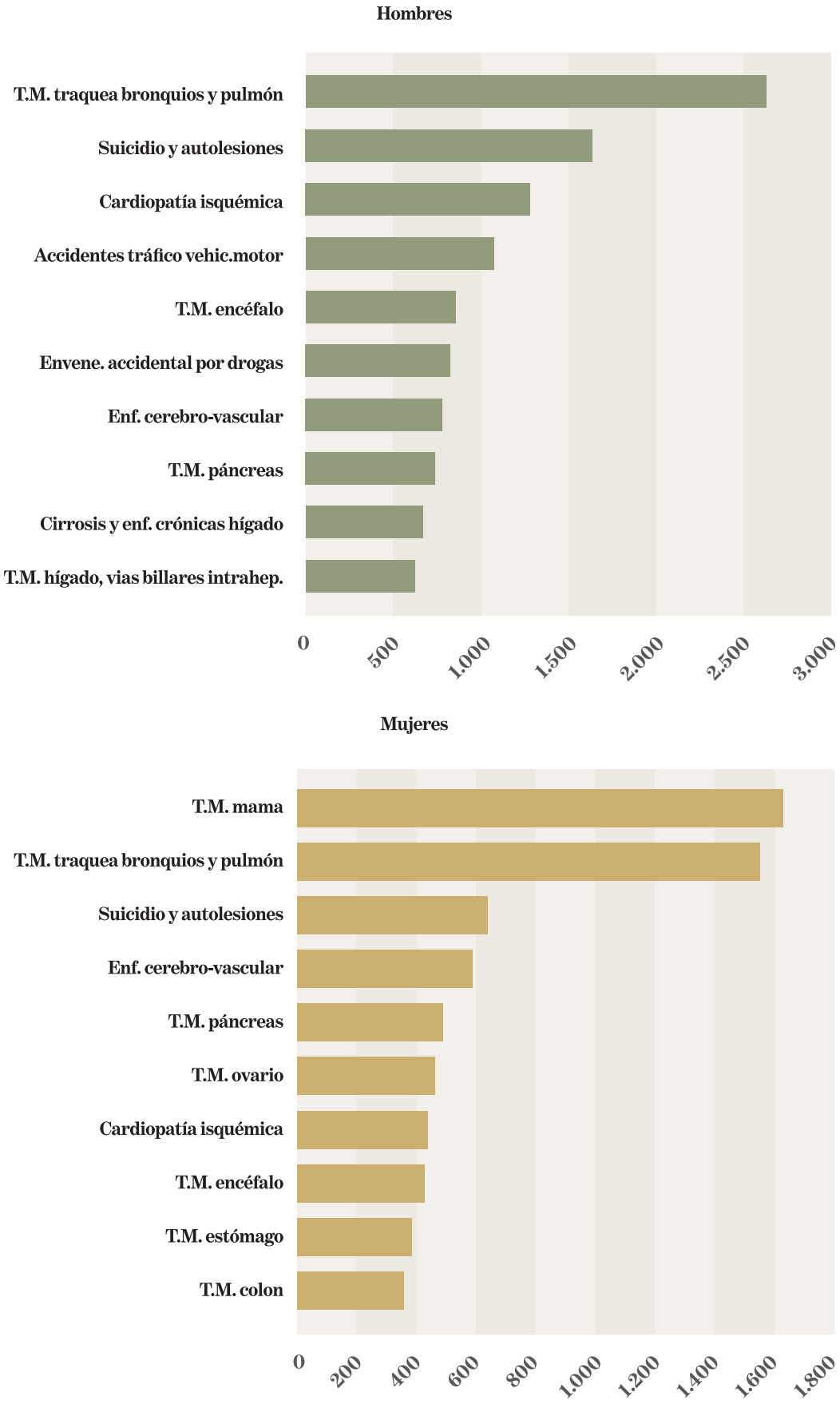


Figura 6. Número de años potenciales de vida perdidos por sexo en Euskadi en el año 2023

2.5 Cáncer infantil 1990-2018

Los datos detallados, así como las figuras y tablas están disponibles en el documento Cáncer infantil en la Comunidad Autónoma Vasca 1990-2018 [9].

Los tumores malignos infantiles representan la principal causa de mortalidad por enfermedad en niños y niñas de 1 a 14 años, a pesar de que los casos diagnosticados en la infancia constituyen menos del 1% del total de cánceres en la población. Entre 1990 y 2018, se registraron 1.338 casos de cáncer en menores de 15 años, con una tasa de 159,88 casos por millón-personas-año. La incidencia del cáncer infantil más elevada se da en los menores de un año, después disminuye de forma continua hasta los 9 años que empieza a aumentar de forma ininterrumpida hasta los 14 años. Las niñas son las más afectadas en el primer año, siendo después, prácticamente en todas las edades, más afectados los niños. Aunque su incidencia es baja, el cáncer infantil tiene un impacto significativo en las familias y representa un desafío importante para la salud pública.

Distribución por grupos de edad

- Menores de 1 año: Los tumores del sistema nervioso periférico (SNP) representaron el 36% de los casos, siendo el neuroblastoma el más frecuente (89% de los casos dentro de esta categoría).

- De 1 a 4 años: La leucemia fue el tumor más común (43%), seguida por los tumores malignos del sistema nervioso central (SNC) con un 16%.

- De 5 a 9 años: La leucemia continuó siendo predominante (35%), seguida por tumores del SNC (22%) y linfomas (17%).

- De 10 a 14 años: En este grupo, las leucemias y los linfomas representaron el 48% de los casos. Además, este rango de edad mostró una mayor incidencia de tumores óseos (15%) y sarcomas de tejidos blandos (11%), mientras que los tumores epiteliales fueron más frecuentes en las niñas, alcanzando el 16% de los casos.

Entre 1990 y 2018, el 58% de los tumores detectados fue en niños, y el 42% en niñas. En el ranking general, las leucemias son los tumores malignos más frecuentes en ambos sexos. Las niñas presentan tasas de incidencia más altas de tumores epiteliales, tumores de células germinales y tumores renales. Los tumores de SNP presentan tasas similares en ambos sexos y el resto son más frecuentes en niños.

A lo largo del periodo analizado, el aumento de la tasa de incidencia ajustada en los niños ha sido estable. En el caso de las niñas, la evolución ha sido similar hasta 2013 en que se observa un aumento de la incidencia, aunque estadísticamente no significativo.

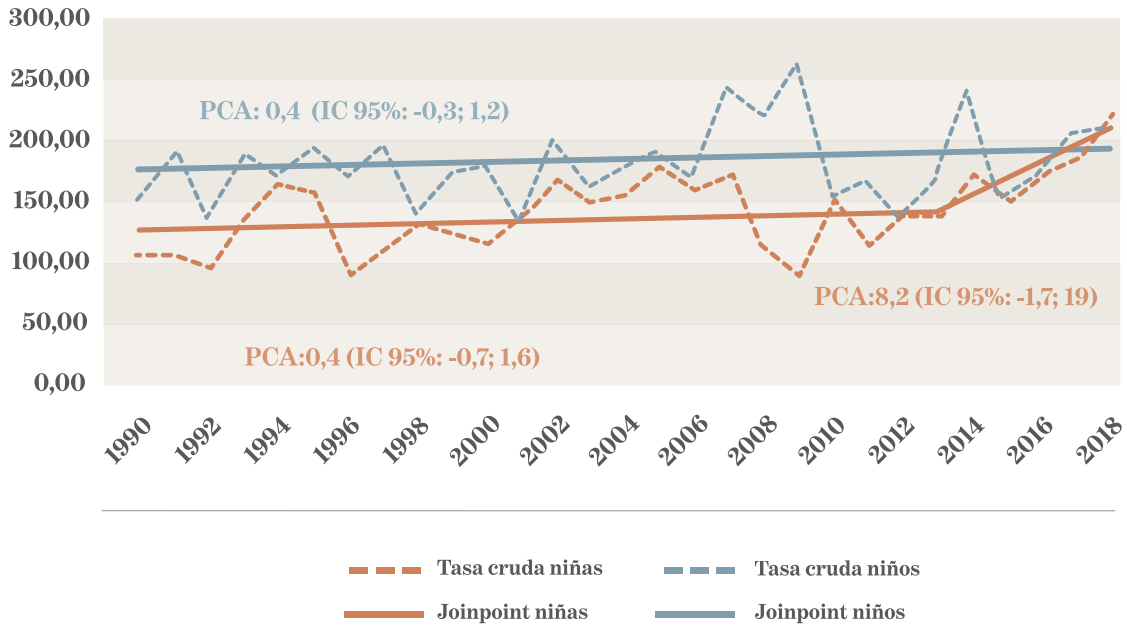


Figura 7. Tasas crudas de cáncer infantil (0-14 años) por millón y ajuste joinpoint por año de diagnóstico y sexo en el período 1990-2018 en Euskadi.

En lo relativo a la mortalidad, durante el periodo 1999-2018, el cáncer infantil fue responsable del:

- 1,4% de las muertes en menores de un año, ocupando el séptimo lugar entre las causas de fallecimiento en este grupo.
- 26% de las muertes en niños de 1 a 14 años, consolidándose como la primera causa de mortalidad por enfermedad, con 1 de cada 4 fallecimientos atribuidos al cáncer.

A pesar de su impacto, la evolución de la mortalidad mostró una tendencia descendente durante el periodo analizado, con una reducción del -1,7% anual, aunque este descenso no fue estadísticamente significativo.

La supervivencia infantil, sin embargo, ha experimentado avances importantes. Para el periodo 2007-2016, las tasas de supervivencia fueron del:

- 90,6% a 1 año del diagnóstico.
- 82,5% a 3 años del diagnóstico.
- 80,4% a 5 años del diagnóstico.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo. Por grupos de tumores, a los 5 años del diagnóstico, la mayor supervivencia después del retinoblastoma (100%) y los tumores de células epiteliales (100%) corresponde a los linfomas (98,4%) y especialmente al Linfoma de Hodgkin (LH) (100%), los renales (86,4%) y las leucemias (85,2%) especialmente la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) (87,6%). La peor supervivencia, inferior al 80%, la presentan los tumores del SNC (41,7%), los tumores óseos (72,4%) y los tumores del SNP (75,0%).

Estos datos destacan la importancia de continuar fortaleciendo las estrategias de investigación, diagnóstico temprano y tratamiento especializado en el ámbito del cáncer infantil para mejorar los resul-

tados y reducir el impacto de esta enfermedad en los menores y sus familias.
Cabe destacar también la investigación en cáncer pediátrico que se realiza en Euskadi. A este respecto, en mayo de 2022 se creó en el Sistema Sanitario Público Vasco la Unidad Conjunta de Investigación Clínica en Cáncer Infantil de Euskadi. Gracias a esto, las unidades de oncología pediátrica de Bizkaia y Gipuzkoa actúan en red en el ámbito de la investigación clínica. Esto ha favorecido la colaboración y facilita que, ante un estudio/ensayo clínico en el ámbito del cáncer infantil, las dos unidades puedan estar involucradas en el mismo, permitiendo con ello la posibilidad, si es oportuna, de participación de todos los niños y las niñas con cáncer de Euskadi que son asistidos en Osakidetza.

En el 2023, se llevaron a cabo 41 proyectos de investigación y 22 estudios clínicos dirigidos a población pediátrica, la mayoría impulsados por organizaciones sin ánimo de lucro y de ámbito internacional. Estos proyectos se enfocan, principalmente, en comprender mejor el cáncer pediátrico mediante técnicas genómicas, lo que permite mejorar el manejo clínico, y ofrecer diagnósticos y pronósticos más precisos. Los estudios se centran principalmente en meduloblastomas, neuroblastomas, leucemias, linfomas y tumores raros. Además, esta investigación facilita que los y las pacientes puedan acceder a ensayos clínicos. Por otra parte, también se están llevando a cabo iniciativas orientadas a mejorar los cuidados y promover la actividad física, con el objetivo de favorecer la calidad de vida de los niños y niñas con cáncer.

2.6 Programas poblacionales de detección precoz

Los programas de cribado de cáncer en Euskadi han sido fundamentales en la prevención y reducción de la mortalidad por cáncer. Estos programas, dirigidos a la detección precoz de tumores en fases tempranas, y en algunos casos también lesiones premalignas, han demostrado un impacto positivo en la salud pública, mejorando las tasas de supervivencia y reduciendo la carga de la enfermedad en la población.

A continuación, se presenta una visión general de los tres programas poblacionales de detección precoz del cáncer implementados en Euskadi actualmente.

Cáncer de mama

El programa de cribado de cáncer de mama en Euskadi, iniciado en 1996, está dirigido a todas las mujeres de entre 50 y 69 años, y a aquellas mujeres de 40 a 49 años con antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado. En 2023, se recuperó la tasa de participación a niveles previos a la pandemia, alcanzando un 79,3%. Este nivel de participación es considerado óptimo, ya que según las recomendaciones europeas se considera aceptable una tasa superior al 70% y deseable una tasa superior al 75% [10]. La alta participación refleja la aceptación y confianza de la población en el programa, lo cual es crucial para la detección temprana de casos y facilita la aplicación de tratamientos menos invasivos, con un impacto directo en la calidad de vida de las pacientes.

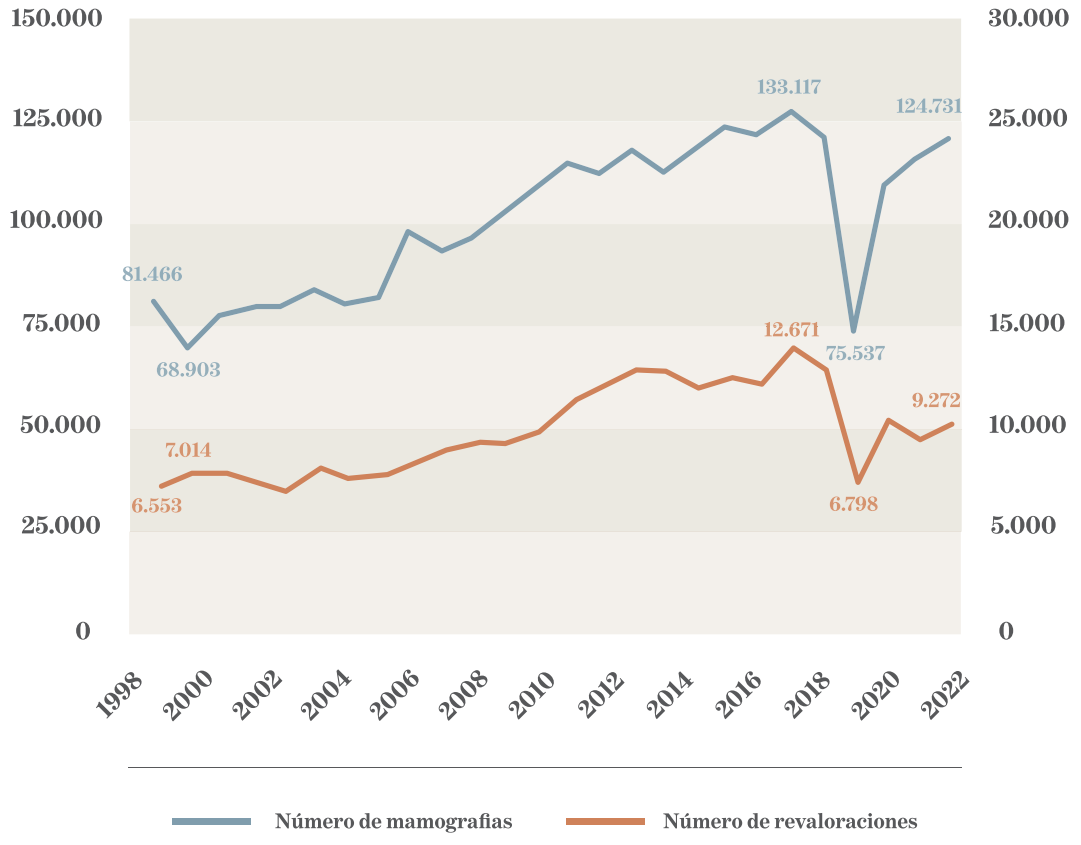


Figura 8. Evolución de tasa de participación en Programa de Cribado de Cáncer de Mama en Euskadi en el período 1998-2023.

En la siguiente tabla se muestran los resultados más relevantes del Programa desde su inicio:

Tabla 1. Indicadores de positividad, revaloraciones y tasas de detección del Programa de detección precoz de cáncer de mama de Euskadi en el período 1996-2024 (hasta junio).

TASAS EUSKADI 1996-2024 (hasta junio)	MUJERES	%	GUÍA EUROPEA
Mujeres citadas	3.333.510	-	-
Exploraciones realizadas (Tasa de participación)	2.633.515	79,0%	>70%
Revaloraciones realizadas	227.700	8,7%	-
Mujeres derivadas a Hospital de Referencia (3 HR, 4, 5)	28.655	1,1%	-
Tasa de cánceres detectados x 1.000 mujeres exploradas	-	4,98%	5,0%

Cáncer colorrectal

El cribado de cáncer colorrectal está dirigido a personas de 50 a 69 años, a quienes se les invita a realizarse un test inmunoquímico cuantitativo (FIT) cada dos años. En marzo de 2024, el programa se amplió para incluir a personas hasta los 74 años, en línea con las Recomendaciones Europeas y la Ponencia de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud [11,12]. La ampliación del rango de edad a personas de hasta 74 años ha sido un paso importante, ya que este grupo presenta un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal. La detección temprana de esta enfermedad aumenta las posibilidades de éxito en el tratamiento y contribuye a reducir la mortalidad asociada.

En 2013, el programa alcanzó el 100% de la población objetivo. No obstante, la pandemia de COVID-19 retrasó la invitación a un porcentaje significativo de la población, alcanzando solo al 48% de las personas al final de 2020. Sin embargo, este retraso se ha ido recuperando de manera paulatina, con una completa recuperación de la cobertura en el primer semestre de 2023.

En la siguiente tabla se muestran los resultados más relevantes del programa desde su inicio:

Tabla 2. Indicadores de positividad, aceptación colonoscopia y tasas de detección del Programa de detección precoz de cáncer de colon de Euskadi en el período 2009-2023

TASAS EUSKADI 2009-2023	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS	GUÍA EUROPEA
Tasa de participación x 100 invitaciones válidas	67,78%	72,85%	70,40%	>65%
Tasa positivos x 100 participantes	6,34%	4,10%	5,14%	4-11%
Adherencia a la colonoscopia de confirmación con diagnóstico definitivo	94,55%	94,82%	94,66%	90-95
Tasa detección adenoma bajo riesgo x 1.000 participantes	11,54%	7,17%	9,20%	-
Tasa detección cáncer invasivo (CCR) x 1.000 participantes	2,84%	1,43%	2,09%	1,3-9,5%
Tasa detección lesión avanzada (LA) x 1.000 participantes	27,06%	10,87%	18,39%	-
Tasa detección neoplasia avanzada (NA) x 1.000 participantes	29,90%	12,30%	20,47%	-
Valor predictivo positivo CCR	4,49%	3,51%	4,07%	4,5-8,6%
Valor predictivo positivo LA	42,67%	26,5%	35,76%	-
Valor predictivo positivo NA	42,74%	26,35%	35,77%	-

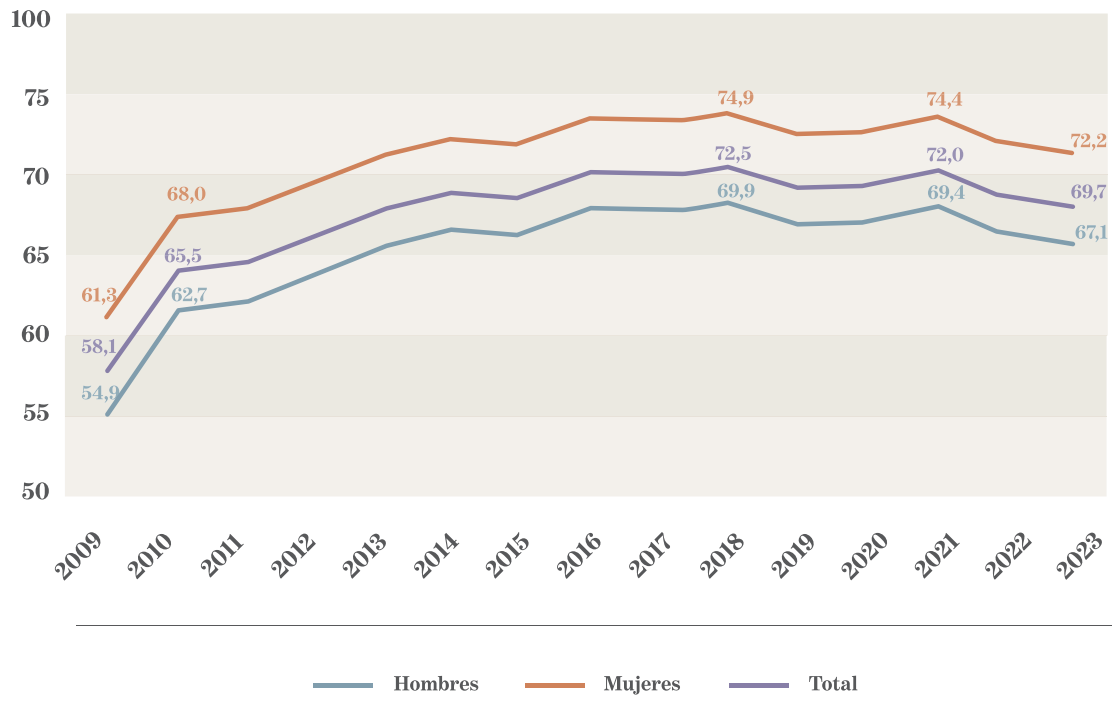


Figura 9. Evolución de tasa de participación en Programa de Cribado de Cáncer de Colorrectal en Euskadi en el período 2009-2023.

Cáncer de cérvix

Actualmente, el programa de cribado de cáncer de cérvix está dirigido a mujeres entre 25 y 65 años, con una estrategia diferida según la edad:

- De 25 a 34 años: Citología cada 3 años como prueba primaria.
- De 35 a 65 años: Detección de VPH con genotipado cada 5 años.

El programa poblacional se inició en el año 2018, alcanzando la cobertura en la invitación del 100% para mujeres de 25 a 34 años en diciembre de 2022 y en diciembre de 2024 para la población de 35 a 65 años. La implementación de la detección de VPH es un cambio de paradigma en la lucha contra el cáncer de cérvix. La inclusión del genotipado de VPH, además, es un avance significativo en este programa, ya que permite una detección más específica del virus que causa el cáncer de cérvix, mejorando la eficacia del cribado y la prevención.

Durante estos años, se han enviado aproximadamente 600.000 invitaciones para participar en el programa a mujeres de 25 a 65 años que no tenían registro de haberse realizado una prueba de cribado en el intervalo recomendado. Durante el 2023, seis de cada diez mujeres aceptaron la invitación a participar y sólo en 2024 se ha invitado a 118.352 mujeres y se han analizado 89.705 muestras en la unidad de cribado del Hospital Universitario de Donostia.

En general, no más del 7% de las mujeres que se hacen la prueba de cribado requerirá un estudio más exhaustivo para la confirmación del diagnóstico, el resto tendrá un resultado de bajo riesgo por lo que volverá a ser invitada en 3 o 5 años según le corresponda en función de la prueba que se le haya realizado.

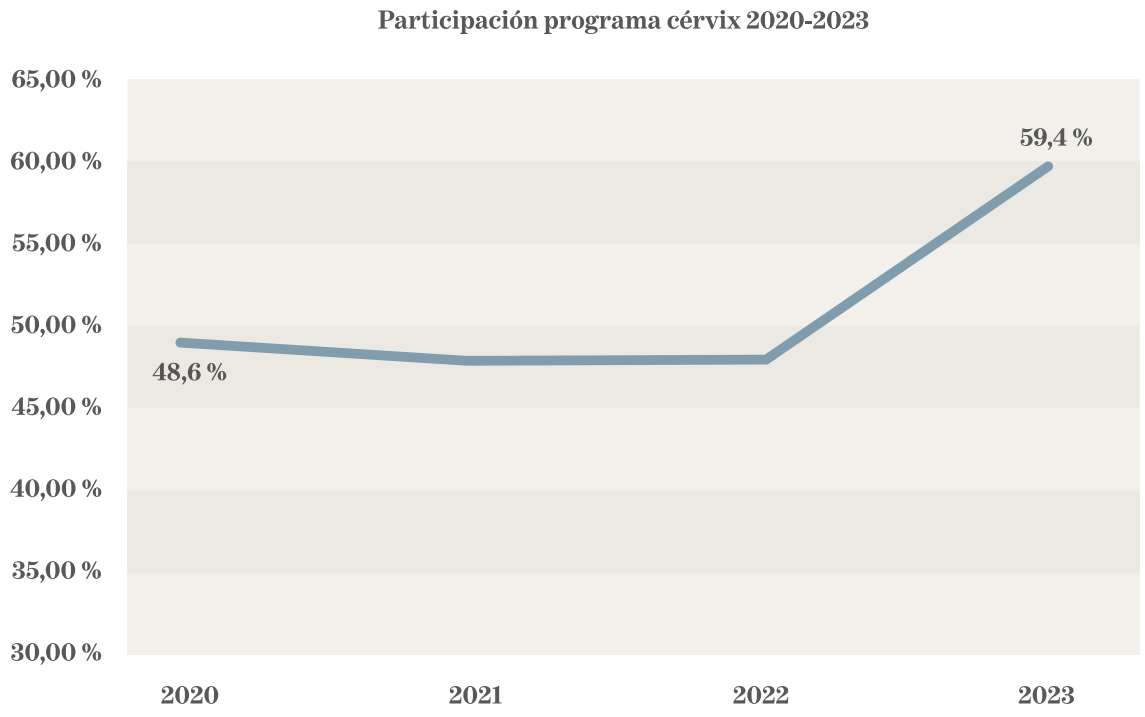


Figura 10. Evolución de tasa de participación en Programa de Cribado de Cáncer de Cérvix en Euskadi en el período 2020-2023.

En la siguiente tabla se muestran los resultados más relevantes del Programa desde su inicio:

Tabla 3. Indicadores de positividad, aceptación colonoscopia y tasas de detección del Programa de detección precoz de cáncer de cérvix de Euskadi en el período 2019-2023.

TASAS EUSKADI 2019-2023	MUJERES	%	GUÍA EUROPEA
Invitaciones válidas enviadas	544.028	-	-
Participantes x 100 invitaciones válidas	277.530	51,0%	> 70%
Pruebas realizadas en mujeres oportunistas (en intervalo adecuado)	169.129	-	-
Tasa de CIN2/3 detectadas x 1.000 mujeres exploradas	1.580	5,69	-
Tasa de cánceres detectados x 1.000 mujeres exploradas	23	0,08	-

2.7 Datos asistenciales

Los datos asistenciales relacionados con el tratamiento del cáncer en Euskadi reflejan un panorama en evolución, con un aumento de la demanda de atención debido a la creciente incidencia de la enfermedad, lo que también impacta en la demanda de los servicios de diagnóstico y de atención al paciente.

Los hospitales referentes para la atención oncológica en Osakidetza tienen diversos Comités de Tumores en los que se discuten los casos con el objetivo de decidir en un grupo multidisciplinar el tratamiento más adecuado para cada persona. En el año 2024, los Comités de Tumores han discutido aproximadamente 16.500 casos. El comité de mama y el torácico son los dos comités con mayor actividad a nivel de Euskadi con más de 2.000 casos evaluados al año.

En la siguiente tabla se muestra el número de pacientes únicos valorados en cada uno de los Comités de Tumores en Osakidetza.

Tabla 4. Número de personas únicas valoradas en cada Comité de Tumor en Osakidetza en 2024.

COMITÉS	N° DE PERSONAS
TOTAL*	**16.636**
Comité mama	3.389
Comité torácico	2.280
Comité hepato-biliar-pancreático	1.480
Comité urología	1.437
Comité colorrectal	1.157
Comité ginecología	1.149
Comité esófago-gástrica	906
Comité ORL	882
Comité neurológico	631
Comité dermatología	629
Comité tumores óseos y partes blandas	592
Comité endocrino	586
Comité hematológico	461
Comité molecular	390
Comité trasplante hematopoyético	195
Comité pediatría	137
Comité radiocirugía	103
Comité carcinomatosis peritoneal	103
Comité terapias CAR-T	62
Comité metástasis columna	59
Comité de TNE y adrenal	8

*El total puede tener personas repetidas

Los tratamientos designados para estas personas se dan mayoritariamente en régimen ambulatorio, en las consultas externas de las diferentes especialidades en función de la patología o en el Hospital de día médico.

Consultas Externas

En los últimos años, se ha producido un notable aumento en la demanda de servicios en consultas externas. Las consultas externas sucesivas de Oncología Médica y Oncología Radioterápica aumentaron un 56-58%, reflejando no solo el aumento de la incidencia de cáncer, sino también el progreso en los tratamientos y la necesidad de un seguimiento continuo de los largos supervivientes que se benefician de nuevas terapias.

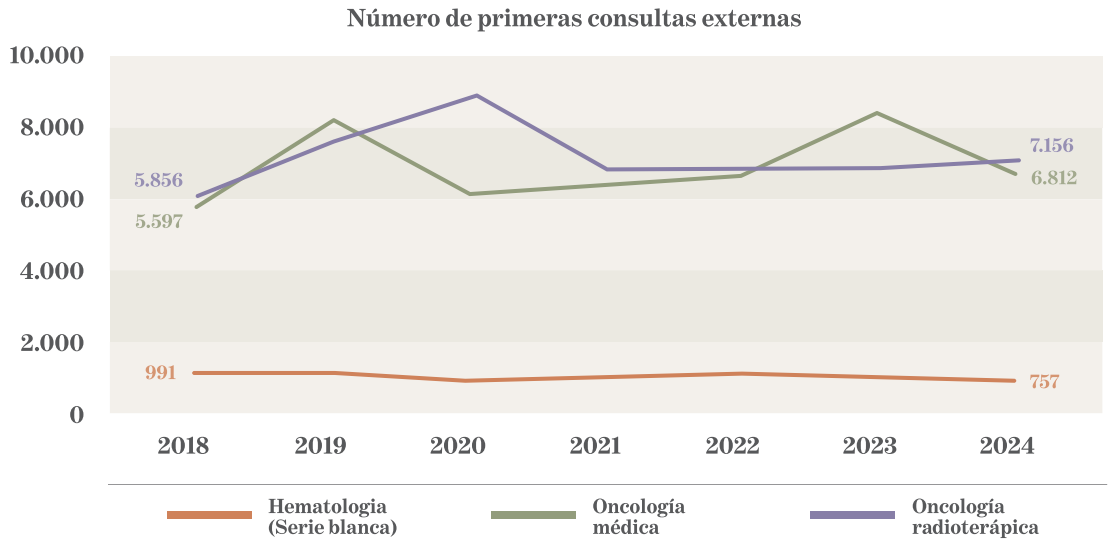


Figura 11. Número de primeras consultas en consultas externas de Oncología Médica, Oncología Radioterápica y la Serie Blanca de Hematología en Osakidetza en el periodo 2018-2024.

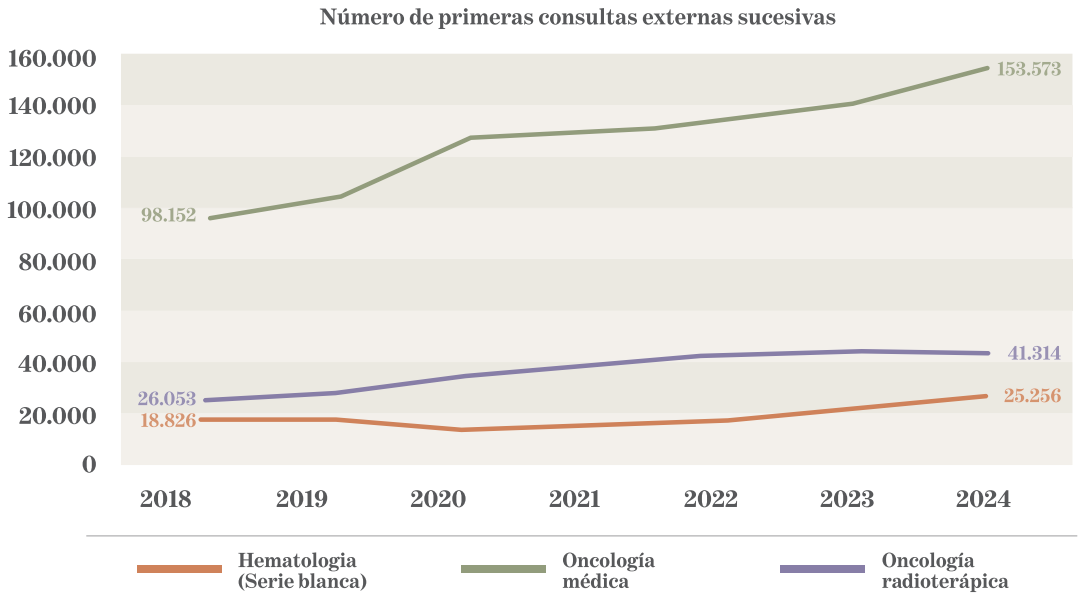


Figura 12. Número de consultas sucesivas en consultas externas de Oncología Médica, Oncología Radioterápica y la Serie Blanca de Hematología en Osakidetza en el periodo 2018-2024.

Hospital de Día Médico

La actividad del hospital de día médico por parte de los Servicio de Oncología Médica en Osakidetza también ha aumentado de forma significativa en los dos últimos años pasando de los 74.147 procedimientos en 2022 a 85.685, un 15,6% más, en 2024. En proporción, el grupo de edad entre 65 y 75 años es el de mayor actividad relacionada con los procedimientos en el hospital de día

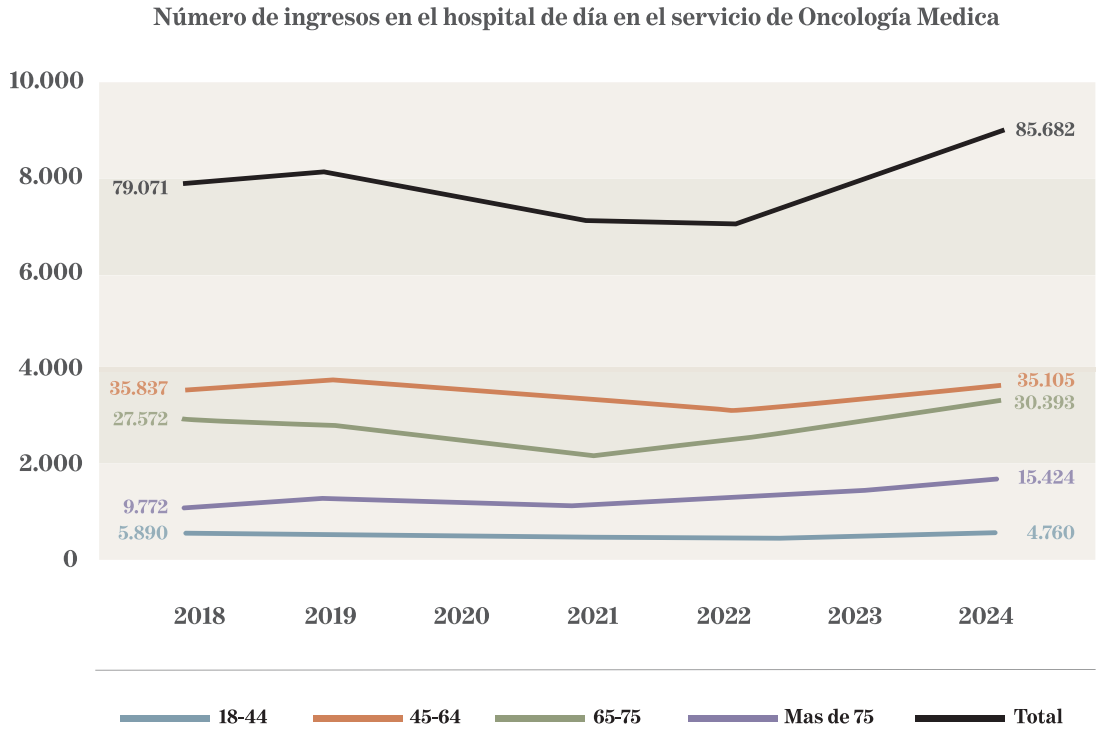
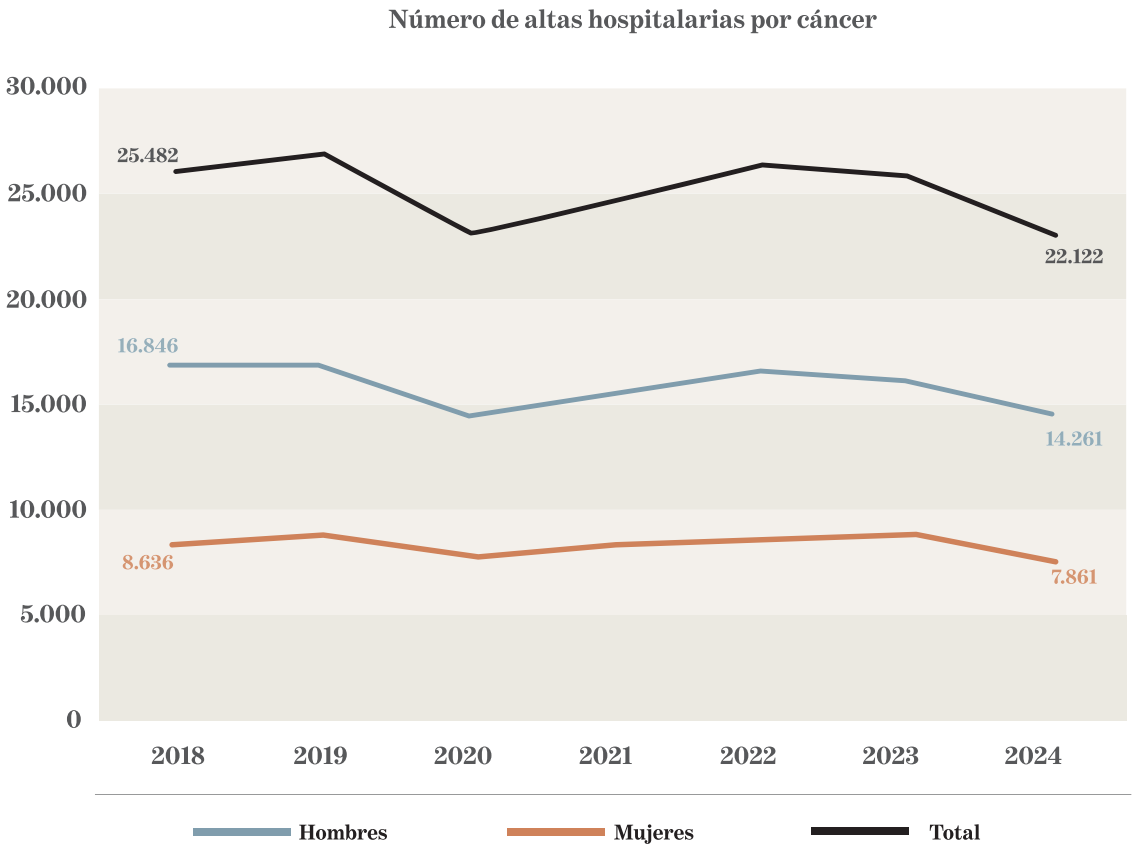


Figura 13. Número de procedimientos realizados en el Hospital de día Médico en el Servicio de Oncología Médica por grupos de edad en el período 2018-2024.

Hospitalizaciones

En el período entre 2018 y 2024 en Osakidetza hubo 170.674 ingresos con el cáncer como diagnóstico principal, el 64,8% en hombres. En el año 2024 concretamente, fueron 22.122 las hospitalizaciones, relativas en su mayoría al cáncer colorrectal, al cáncer de mama y cáncer de pulmón si tenemos en cuenta ambos sexos. Sin embargo, el cáncer de próstata o el cáncer de vejiga están entre los que derivaron en más ingresos hospitalarios en hombres y el cáncer de mama fue la causante de más de 1.500 hospitalizaciones en mujeres.

En general, las leucemias, el cáncer colorrectal y el cáncer de páncreas son los cánceres que derivan en estancias hospitalarias de más de 10 días de media, entre los cánceres con más número de hospitalizaciones. Las diferencias en las estancias medias no difieren significativamente entre hombres y mujeres.



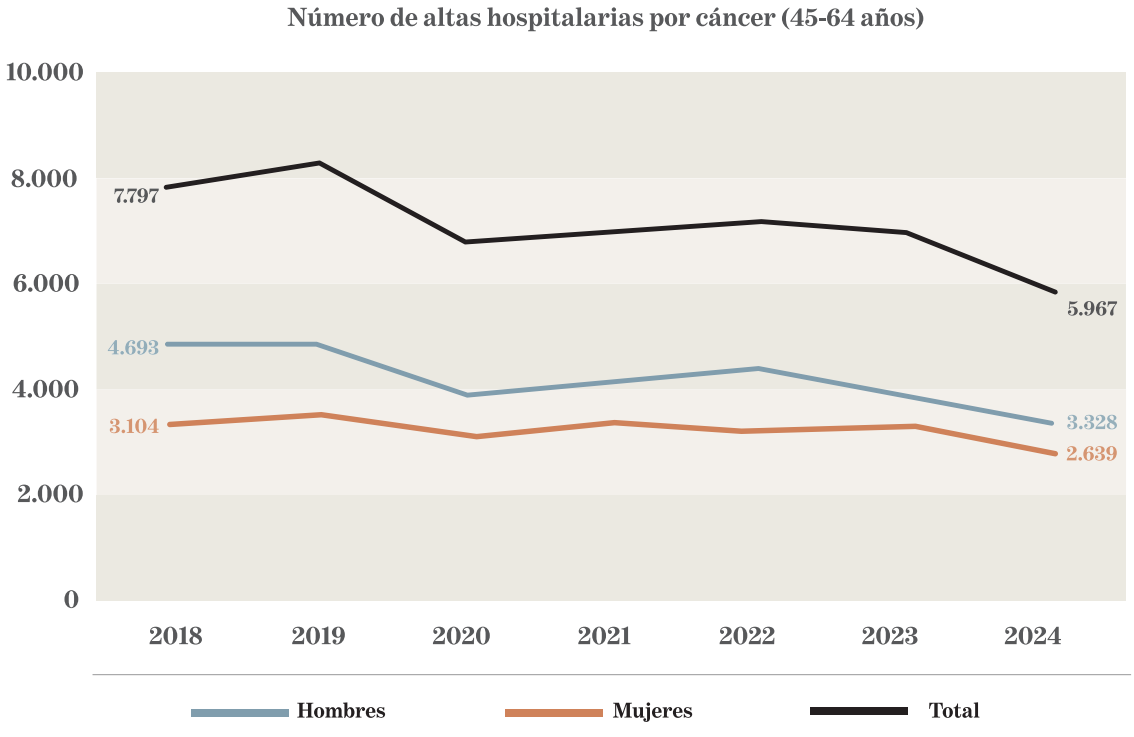


Figura 14. Evolución del número de ingresos hospitalarios total y en el grupo de edad de 45 a 65 años en Osakidetza por sexo

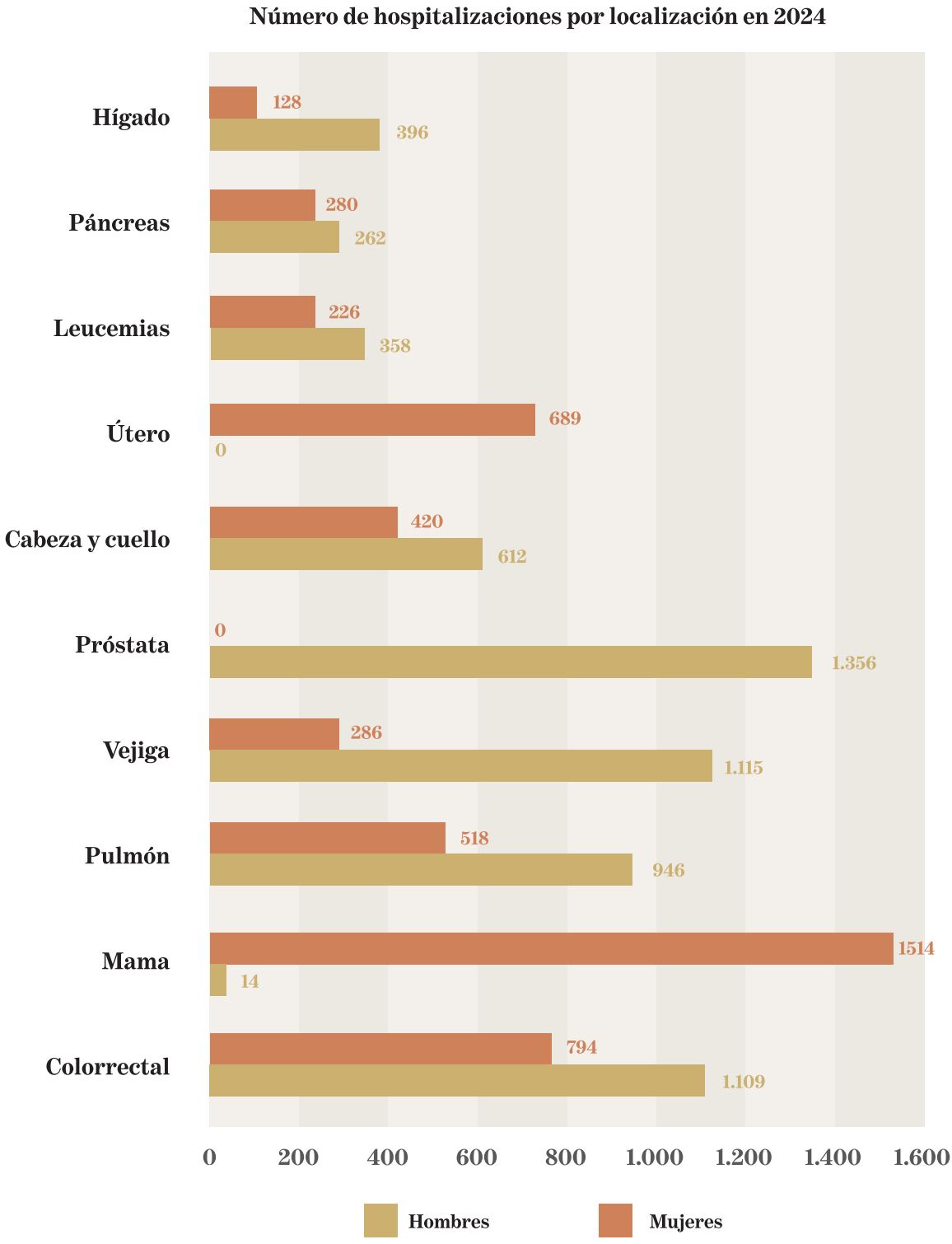


Figura 15. Número de ingresos hospitalarios en Osakidetza por sexo y localización para las localizaciones con más de 500 hospitalizaciones en 2024

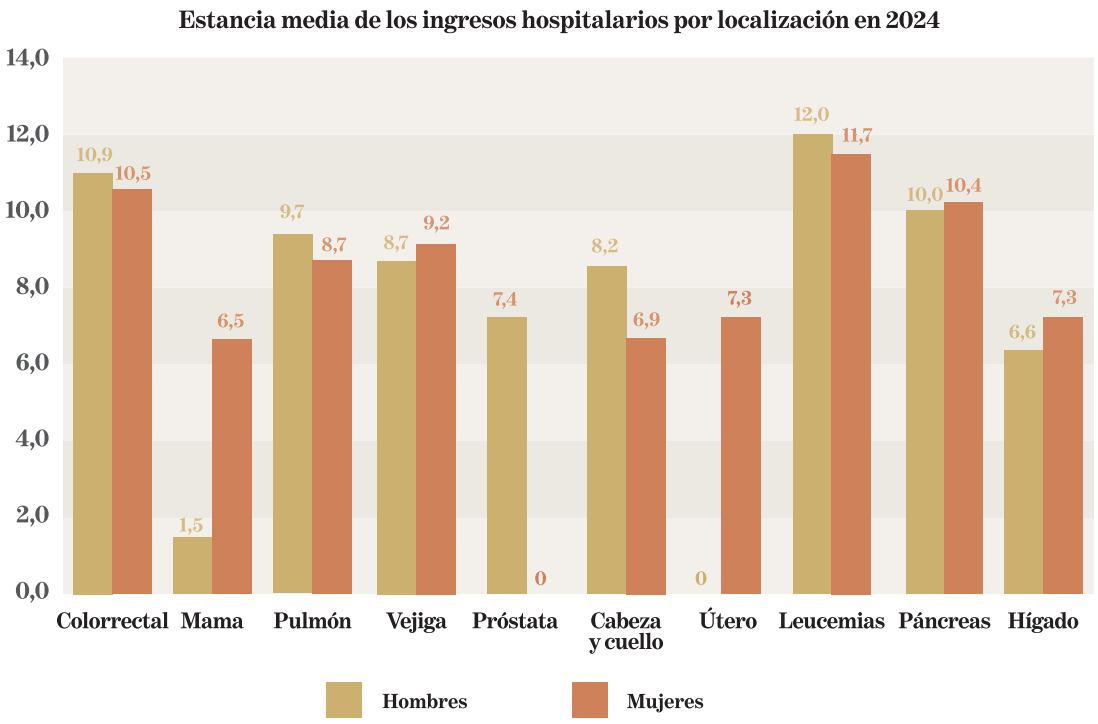


Figura 16. Estancia media de los ingresos hospitalarios en Osakidetza en 2024 por sexo y localización.

Entre 2018 y 2024, los menores de 18 años fueron ingresados en Osakidetza a causa de un cáncer en 1.380 ocasiones, el 56,4% de los casos en varones. En el año 2024 fueron un total de 177 hospitalizaciones, en su mayoría relativas a la leucemia. Los ingresos hospitalarios en menores por causa oncológica tienen una media de 5,8 días frente a 8,9 días en los adultos, sin embargo, los ingresos por leucemia aguda, la más frecuente en los niños, tiene una estancia media de 10,8 días. En el año 2023 en Euskadi había aproximadamente 60 personas diagnosticados de cáncer en edad pediátrica incluidas en ensayos clínicos de primera línea para su tratamiento.

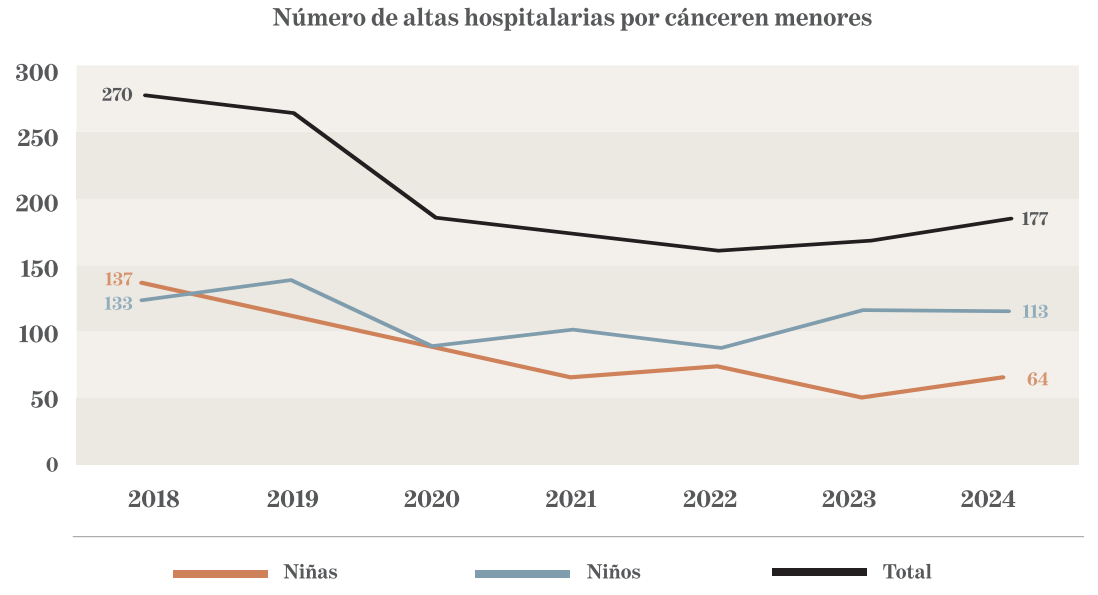


Figura 17. Evolución del número de altas hospitalarias en menores en Osakidetza con el cáncer como diagnóstico principal según el sexo.

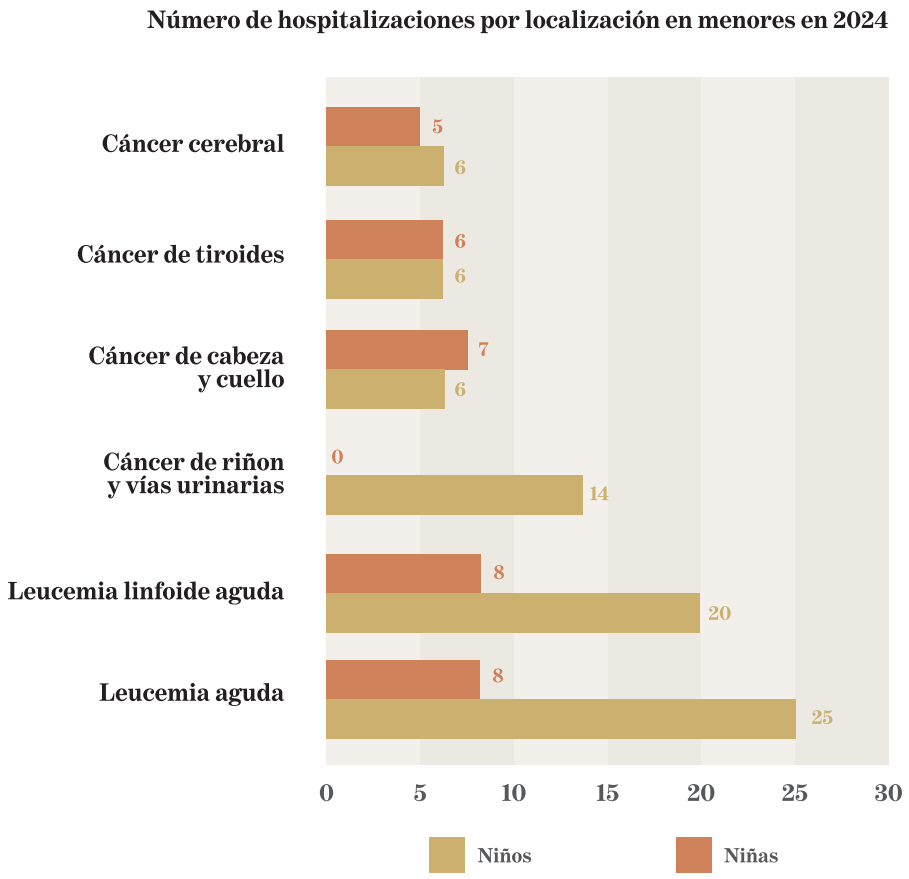


Figura 18. Número de altas hospitalarias por cáncer en menores en Osakidetza en 2024 según el sexo y la localización.

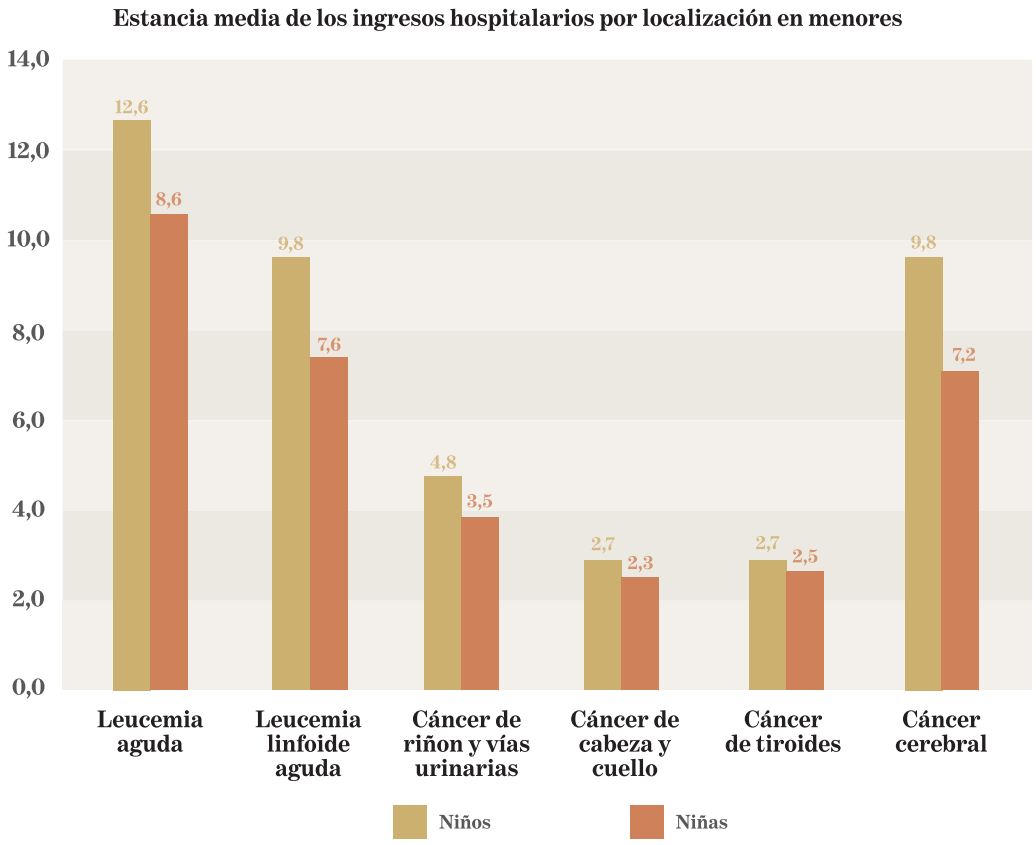


Figura 19. Estancia media de los ingresos hospitalarios en menores en Osakidetza en 2024 por sexo y localización.

Hospitalización a domicilio

Además de los ingresos hospitalarios, entre 2018 y 2024 el cáncer provocó casi 11.000 ingresos domiciliarios, el 55% en pacientes varones. El 40% de las hospitalizaciones fueron solicitadas por el servicio de Oncología Médica, frente al 22% solicitado por el servicio de Hematología.

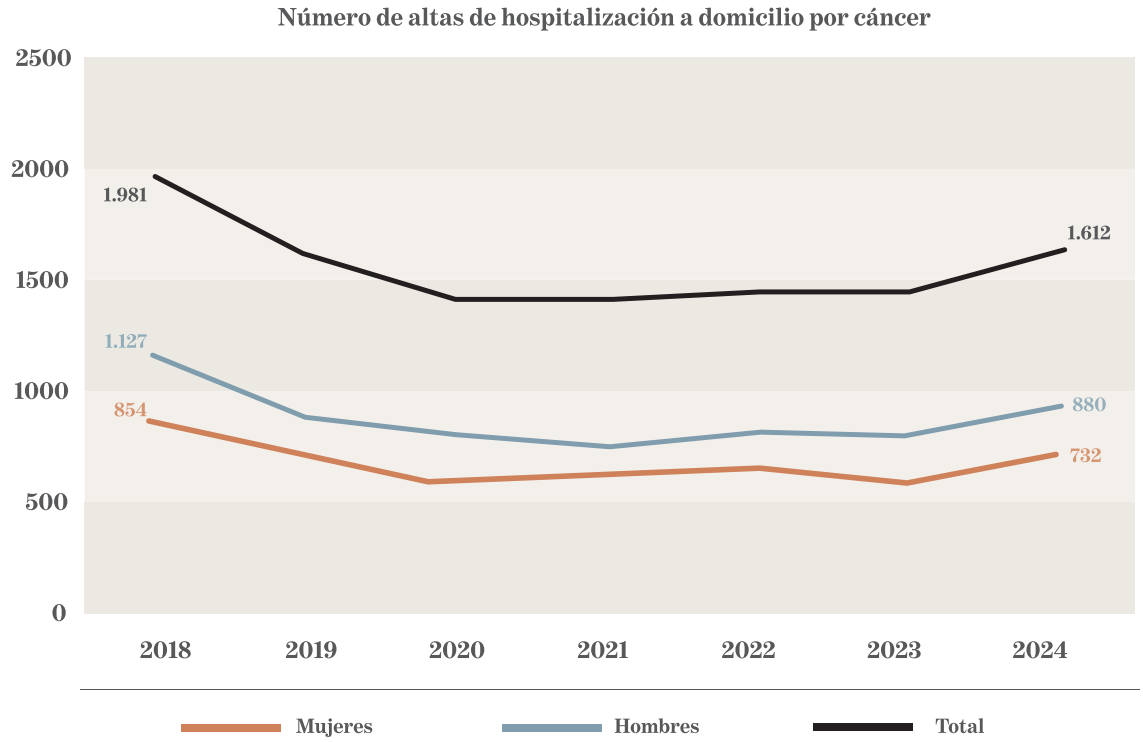


Figura 20. Evolución del número de ingresos hospitalarios por cáncer en Hospitalización a Domicilio en Osakidetza por sexo en el período 2018-2024.

Atención primaria

A pesar de que la fase de tratamiento específico de los pacientes se lleva a cabo principalmente por parte del ámbito de la medicina especializada, el seguimiento continuado de estos pacientes por parte de la Atención Primaria es importante. En 2023, los pacientes diagnosticados de cáncer en años previos realizaron una media de 11 visitas al médico o a la enfermería de Atención Primaria en Osakidetza. El 40% de las visitas fueron con personal médico y el 60% con enfermería. Además, el 20% del total de visitas se realizaron en domicilio, y en 9 de cada 10 casos fue la enfermera quien acudió. Otro 20% de las visitas fueron telefónicas, mientras que el 60% restante se llevó a cabo de manera presencial en el centro de salud correspondiente.

Terapia Antineoplásica

Los tratamientos farmacológicos representan una parte significativa del presupuesto de Osakidetza. Concretamente en el caso de la terapia oncológica, la innovación terapéutica ha beneficiado a los pacientes aumentando, en general, su supervivencia. No obstante, estos nuevos tratamientos han supuesto un notable incremento en el coste de las terapias antineoplásicas. En el año 2024, Osakidetza ha invertido más de 125 millones de euros en estos tratamientos.

2.8 Investigación en cáncer

La investigación en cáncer en Euskadi es una de las áreas prioritarias del sistema sanitario vasco, respaldada por los Institutos de Investigación Sanitaria Bioaraba, Biobizkaia, Biogipuzkoa y Biosistemak, bajo la coordinación de la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF). Además, el ecosistema vasco de investigación e innovación en salud cuenta con otros centros de investigación y universidades que también trabajan en el ámbito oncológico. Esta investigación cubre todo el espectro del cáncer, abarcando desde la prevención y el diagnóstico hasta el pronóstico, el tratamiento y la mejora de la calidad de vida de los y las pacientes. Los avances en estas áreas están orientados no solo a combatir la enfermedad, sino a mejorar los resultados a largo plazo para quienes la padecen.

En 2023, Euskadi, en el ámbito público, registró un total de 577 proyectos de investigación y estudios clínicos centrados en el cáncer, lo que representa aproximadamente el 28% del total de los proyectos de investigación en salud. Esta cifra refleja el enfoque robusto y multidisciplinario de la región en la lucha contra el cáncer. La investigación oncológica pública en Euskadi está sustentada por más de 300 investigadores e investigadoras, distribuidos en 33 grupos de investigación, que desarrollan proyectos innovadores y de alta calidad científica. Estos se centran principalmente en cáncer colorrectal, cáncer de mama y los tumores de los tejidos linfáticos y sanguíneos, seguidos de los tumores cerebrales y cáncer de pulmón. El enfoque en Medicina de Precisión Personalizada y Terapias Avanzadas es una de las principales líneas de trabajo, y ha sido incluida como un área estratégica dentro de la prioridad de Salud Personalizada del Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación 2030 (PCTI2030) de Euskadi [13]. Este impulso ha sido fundamental para el desarrollo de tratamientos adaptados a las características específicas de cada paciente, lo que permite una mayor efectividad y menores efectos secundarios. La implementación de tecnologías avanzadas, como la genómica, la inteligencia artificial y las terapias dirigidas, se está consolidando como un componente esencial de la investigación oncológica en la región.

En cuanto a la producción científica, los y las investigadores/as de los Institutos de Investigación Sanitaria en Euskadi han logrado más de 800 publicaciones en revistas científicas de alto impacto en los últimos cinco años, lo que resalta el alto nivel de la investigación realizada en Euskadi. Este índice de publicaciones es un reflejo del esfuerzo continuo por contribuir al conocimiento global en oncología, y posiciona a la región como un referente en el ámbito de la investigación biomédica. Además, la investigación en cáncer en Euskadi cuenta con un fuerte respaldo financiero. En 2023, la financiación externa para proyectos de investigación superó los 15 millones de euros, lo que subraya el apoyo tanto institucional como de la industria y organizaciones internacionales hacia los proyectos que se llevan a cabo en los Institutos de Investigación Sanitaria. Esta financiación permite no solo la realización de estudios clínicos de vanguardia, sino también la implementación de tecnologías innovadoras en el tratamiento del cáncer.

Asimismo, Euskadi tiene 4 investigadores en cáncer más en las organizaciones sanitarias privadas existentes que han participado en 4 proyectos de investigación y ensayos clínicos a lo largo del año 2023 con 3 publicaciones en revistas científicas de impacto.

Si bien se observan áreas relevantes y avances significativos en la investigación en cáncer en Euskadi, persisten retos y áreas de mejora en ciertas áreas de la investigación clínica. Uno de los principales retos es la mejora de los ensayos clínicos, dónde la actividad de Euskadi está por debajo de la actividad que le corresponde teniendo en cuenta su población. En este sentido es necesario aumentar la participación de centros y pacientes en ensayos clínicos. En la actualidad, y en comparación con la tendencia nacional e internacional, Euskadi destaca en estudios sobre cáncer de mama, pulmón, vejiga o sarcoma; sin embargo, los estudios en cáncer colorrectal y cánceres hematológicos se encuentran en

niveles significativamente bajos. A modo de ejemplo, aunque el cáncer colorrectal y de páncreas son la segunda y tercera causa de mortalidad, en ambos casos solo el 1,4% de los EECC están enfocados en estas enfermedades. De igual manera es necesario seguir avanzando en el desarrollo de ensayos clínicos centrados en cánceres raros, y terapias avanzadas [14] En cuanto a la distribución de los ensayos clínicos, se observa que principalmente se concentran en la fase III, con un porcentaje superior a la media nacional. Sin embargo, los ensayos en fases tempranas (I y II) son considerablemente inferiores a la media, tanto en estudios comerciales como no comerciales, lo que limita el acceso de los pacientes a tratamientos innovadores en etapas iniciales [13, 14].

Otro reto crucial es la situación del colectivo médico-investigador, que enfrenta dificultades para compatibilizar la labor asistencial con la investigadora [14]. Si bien se han logrado avances en algunas áreas clave de la investigación clínica en el País Vasco, es necesario implementar estrategias que impulsen la participación en ensayos clínicos, fortalezcan la investigación traslacional y garanticen un marco de apoyo para los profesionales del sector. Esto permitirá consolidar la investigación clínica en Euskadi y mejorar su competitividad a nivel nacional e internacional.

La investigación en cáncer en Euskadi se encuentra en una fase de crecimiento y consolidación, con un enfoque claro en la Medicina de Precisión Personalizada y las Terapias Avanzadas e innovadoras. El sistema de investigación vasco sigue avanzando con fuerza, y el apoyo institucional, financiero y científico garantiza que los avances en este campo sigan contribuyendo a mejorar la atención y los tratamientos disponibles para los y las pacientes oncológicos, con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer.

2.9 Impacto social del cáncer

El diagnóstico de cáncer no solo supone una amenaza para la salud, sino que transforma profundamente la vida personal, social y económica de quienes lo padecen y de sus acompañantes. Más allá de los factores biológicos, las desigualdades sociales desempeñan un papel determinante en el desarrollo de la enfermedad, el acceso a tratamientos y la calidad de vida durante y después del proceso oncológico. La incidencia y el pronóstico del cáncer están fuertemente condicionados por los denominados determinantes sociales de la salud, como por ejemplo el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el género, la edad, la etnia, el territorio de residencia, etc.

Las personas socialmente más vulnerables —aquellas en situación de pobreza, precariedad laboral, exclusión o soledad— no solo enfrentan un mayor riesgo de desarrollar cáncer y de recibir un diagnóstico en fases más avanzadas, sino que también encuentran mayores obstáculos para acceder a tratamientos adecuados y cuidados de calidad [16] . Estas barreras perpetúan y agravan las desigualdades, durante todas las etapas del proceso oncológico, desde la prevención y el diagnóstico temprano hasta el tratamiento, la supervivencia y los cuidados paliativos.

Existen factores de riesgo asociados al cáncer con sólida evidencia científica, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad y el sedentarismo, cuya prevalencia varía significativamente según la clase social. Los últimos datos de la Encuesta de Salud de Euskadi (ESCAV, 2023) señalan como existe un claro gradiente social y educativo respecto a los hábitos alimentarios, el sedentarismo y/o la exposición al humo de tabaco [17]. Las personas de los grupos socioeconómicos más bajos o con menor educación muestran peores resultados en estos términos. En el caso del consumo habitual de alcohol, el gradiente social es inverso al resto de factores de riesgo mencionados, siendo mayor en las clases sociales más favorecidas.

La detección precoz es otra de las herramientas clave en la lucha contra el cáncer, y también aquí se manifiestan las desigualdades sociales. La participación en los programas de cribado varía notablemente según la clase social y el nivel educativo. Las mujeres con mayor nivel de estudios y recursos económicos participan más en los programas de cribado de cáncer de mama y cáncer de cérvix. En el caso del cribado de cáncer colorrectal, es significativa la diferencia observada en los hombres de clases sociales más bajas y con menor nivel educativo, con una participación especialmente menor [17]. Estos datos son un claro ejemplo de cómo los determinantes sociales afectan la exposición a factores de riesgo, la adopción de estilos de vida saludables y el acceso a recursos de prevención y atención médica oportuna.

Por otro lado, la edad avanzada, en general, se trata del factor de riesgo más relevante asociado al cáncer. En este sentido, el envejecimiento de la población, unido al aumento de la esperanza de vida, plantea nuevos retos en la atención oncológica. Esta situación se agrava cuando el diagnóstico llega en un contexto de aislamiento social o soledad no deseada, fenómeno cada vez más extendido en nuestras sociedades debido a cambios demográficos. En Euskadi, por ejemplo, se estima que más de 2.500 personas diagnosticadas de cáncer cada año viven solas, a lo que se suman otros muchos diagnósticos en parejas mayores de 65 años [18].

El cáncer también tiene un fuerte impacto económico y laboral. Muchas personas ven afectada su situación profesional tras el diagnóstico, ya que algunas se ven obligadas a abandonar su trabajo, reducir su jornada o cambiar de actividad, lo que repercute en sus ingresos y en su estabilidad económica. Sin duda, la situación sociolaboral en el momento del diagnóstico condiciona claramente las consecuencias que la enfermedad va a tener en los diferentes aspectos de la vida; pudiendo resultar este diagnóstico

un causante y/o agravante de riesgo socioeconómico para la subsistencia de la persona y su entorno. La toxicidad económica del cáncer hace referencia a los costes económicos, directos e indirectos, que van aparejados a un diagnóstico de cáncer. Así, lo que pudiera parecer una serie de pequeños y medianos gastos (desplazamientos, medicamentos, parafarmacia, cuidados informales, pérdida de ingresos y otras necesidades), cuando se observan de manera conjunta a lo largo del proceso se convierte en un coste que a muchas personas diagnosticadas les implica un enorme esfuerzo acometer [19]. En Euskadi, aunque la proporción de pacientes oncológicos en riesgo de pobreza y exclusión social es menor que en otras comunidades, sigue siendo fundamental continuar promoviendo políticas de equidad en salud que garanticen un acceso justo a la prevención, el diagnóstico temprano, los tratamientos, y la continuidad de cuidados, sin que las condiciones socioeconómicas sean un obstáculo [16].

En definitiva, no todas las personas tienen las mismas oportunidades para prevenir el cáncer, acceder a un diagnóstico temprano o recibir un tratamiento adecuado. Es necesario garantizar desde la infancia entornos que promuevan hábitos de vida saludables, especialmente en las poblaciones más vulnerables, así como una atención integral que dé respuesta a las necesidades de cada persona. Todas las personas diagnosticadas de cáncer, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad económica o social, deben contar con apoyos concretos desde el primer momento, con información clara sobre sus derechos, ayudas disponibles y recursos a su alcance. Por todo ello, y aunque Euskadi ha avanzado en este ámbito, es imprescindible seguir analizando el impacto social del cáncer y adoptar medidas que reduzcan las desigualdades.

2.10 Perspectiva de género

La medicina con perspectiva de sexo y género reconoce que las diferencias biológicas y de género influyen en la salud, la enfermedad y su manejo, afectando la prevención, el diagnóstico y el tratamiento [20]. A pesar de que existen numerosas diferencias de sexo y género en tumores comunes, los estudios oncológicos han estado históricamente sesgados hacia modelos masculinos (células, animales y pacientes), lo que ha repercutido en el diagnóstico, la progresión y la respuesta al tratamiento en mujeres [21]. En los últimos años, se ha reconocido la importancia de incluir estas variables en la investigación oncológica, ya que influyen en la fisiopatología, la evolución y la respuesta terapéutica de los tumores [15-16]. Comprender estas diferencias permitirá desarrollar tratamientos más personalizados y mejorar la gestión clínica del cáncer.

A nivel global, la incidencia y mortalidad por cáncer son mayores en hombres que en mujeres [24]. Factores genéticos, hormonales, inmunológicos y metabólicos juegan un papel clave en estas diferencias [25]. Los cromosomas sexuales desempeñan un rol fundamental en la susceptibilidad al cáncer. La inactivación del cromosoma X en mujeres ofrece una ventaja protectora al conservar genes supresores de tumores, mientras que los hombres, con un solo cromosoma X, son más vulnerables a mutaciones [26]. El sistema inmunológico también muestra diferencias entre sexos que influyen en la respuesta al cáncer. Las mujeres presentan respuestas inmunitarias más fuertes, lo que reduce el riesgo de cáncer relacionado con infecciones crónicas [27]. Las hormonas sexuales también modulan la inmunidad y la progresión tumoral. A modo de ejemplo, el estrógeno parece tener un efecto protector en el cáncer de hígado y colon, más frecuentes en hombres, pero favorece la progresión de meningiomas y cáncer de tiroides, más comunes en mujeres [25]. El metabolismo celular es otro factor relevante. En muchos cánceres, las células masculinas dependen más de la glucólisis aeróbica, lo que favorece el crecimiento tumoral. También existen diferencias en el metabolismo de los lípidos. En este sentido, la obesidad se asocia con mayor riesgo de cáncer de colon, de hígado y cánceres hematológicos en hombres [21-24].

Una vez diagnosticado el cáncer, la humanización de la atención oncológica implica reconocer al paciente como un sujeto activo en su proceso de salud, respetando sus valores, preferencias y autonomía en la toma de decisiones. En este sentido, la toma de decisiones compartida es fundamental, sin embargo, un estudio reciente evidenció el sesgo de género en la toma de decisiones compartida dentro de las guías clínicas de cáncer de próstata y endometrio limitando la participación de las mujeres en las decisiones sobre su propio tratamiento [32]. En las guías publicadas entre 2015 y 2021, el 47.4% de las guías de próstata incluyeron recomendaciones sobre la toma de decisiones compartida, frente al 16.5% en las de endometrio.

También existen marcadas diferencias en la toxicidad de los tratamientos oncológicos, como la inmunoterapia, la radioterapia y la quimioterapia. Las mujeres tienen un 34% más de riesgo de sufrir efectos secundarios graves en comparación con los hombres [33]. En términos generales, presentan una mayor toxicidad debido a una eliminación más lenta de los fármacos, lo que prolonga su exposición [33]. Estas diferencias resaltan la necesidad de personalizar los tratamientos oncológicos considerando las particularidades farmacocinéticas y farmacodinámicas de cada sexo.

En general, la investigación biomédica ha estado tradicionalmente centrada en la fisiología masculina, con una clara subrepresentación femenina en ensayos clínicos [27-28]. Esto ha dado lugar a la desatención de las diferencias de sexo en oncología y ha generado sesgos en la práctica clínica [36]. La desigualdad de género también impacta a la publicación científica en el sector de la oncología, un factor clave en el desarrollo profesional. Estudios recientes destacan la infrarrepresentación de las mujeres como primeras y últimas autoras, así como una falta de paridad de género en la autoría en revistas médicas especializadas en oncología [30, 31].

Para lograr una oncología más equitativa, es fundamental considerar la influencia del sexo en las bases moleculares del cáncer, fomentar estudios que analicen las diferencias por sexo y género en la respuesta

a los tratamientos y promover políticas que impulsen la participación equitativa de mujeres en la investigación y el liderazgo oncológico. Abordar estos desafíos permitirá mejorar la personalización de los tratamientos y la calidad de la atención, asegurando que todas las personas, sin importar su sexo, reciban un manejo oncológico basado en la mejor evidencia y adaptado a sus necesidades individuales.

A continuación, se muestran, como ejemplo, algunas diferencias significativas de sexo y/o género en algunos tipos de cáncer:

Cáncer colorrectal

A nivel mundial, el cáncer colorrectal (CRC) es el tercero más frecuente y la tercera causa de mortalidad oncológica [24]. Las diferencias por sexo pueden explicarse, en parte, por los hábitos de salud. Los hombres consumen más carne, alcohol y tabaco, y llevan un estilo de vida más sedentario, lo que aumenta su riesgo de CRC [32, 33]. Se estima que el 22% del riesgo de CRC en hombres y el 11% en mujeres en Europa es atribuible a hábitos poco saludables [41]. Además, aunque los hombres tienen mayor riesgo de CRC, las mujeres participan más en los programas de cribado, mientras que los hombres suelen evitarlos por desinterés o percepción de innecesaridad [35, 36].

La biología tumoral varía entre sexos debido a la influencia de hormonas y cromosomas sexuales, que afectan la inmunidad [40]. El microbioma intestinal también ha sido identificado como un elemento clave, y diferencial entre sexos, en la carcinogénesis del CRC [44]. Debido a las diferencias en el metabolismo tumoral, por otra parte, el subtipo de cáncer de colon derecho (RCC), con peor pronóstico y mayor agresividad, es más común en mujeres [45].

Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón es el más común en hombres a nivel mundial y el segundo en mujeres, después del cáncer de mama. Es la principal causa de muerte por cáncer en hombres y la segunda en mujeres [24]. Las diferencias en la incidencia y mortalidad según el sexo han cambiado en los últimos 50 años, con una incidencia y mortalidad a la baja en hombres, pero en aumento en el caso de las mujeres, principalmente debido al inicio tardío en el tabaquismo en el caso de las mujeres décadas atrás [39,40]. En Euskadi, aunque la prevalencia del tabaquismo sigue siendo mayor en hombres (17,2%) que en mujeres (13,8%), la reducción del consumo ha sido mayor en ellos desde 2007, mientras que en mujeres no ha habido cambios significativos desde 2018 [17]. Además, las disparidades en la incidencia del cáncer de pulmón según el sexo se caracterizan principalmente por un aumento de los casos de adenocarcinoma, tendencia que se magnifica en mujeres jóvenes y no fumadoras [47].

Cáncer de vejiga

El tabaquismo es responsable del 50-65% de los casos de cáncer de vejiga en hombres y del 20-30% en mujeres [48]. Aunque los hombres tienen cuatro veces más incidencia, las mujeres presentan tumores de mayor grado, menor supervivencia a cinco años y suelen ser diagnosticadas más tarde, posiblemente por menor acceso temprano a pruebas diagnósticas. El síntoma más común, la hematuria, no siempre lleva a las mujeres a consultar a un urólogo con la misma frecuencia que los hombres [41,42]. Además, este cáncer tiene una alta carga mutacional, con diferencias genéticas entre sexos que podrían estar relacionadas con la exposición a carcinógenos como el tabaco, afectando las características tumorales y los resultados clínicos [43, 44].

Melanoma

El melanoma muestra un impacto diferencial según el sexo y el género. La exposición a rayos ultravioleta es el principal factor de riesgo, y su incidencia varía con la edad: hasta los 45 años es más común en mujeres, mientras que a partir de los 65 años predomina en hombres [52]. En general, Los hombres detectan menos melanomas por sí mismos, acuden menos a controles médicos y tienen menor conocimiento sobre el riesgo de cáncer de piel, lo que retrasa el diagnóstico y empeora el pronóstico [46, 47]. En ellos, los melanomas aparecen con mayor frecuencia en la cabeza, cuello y tronco, mientras que en las mujeres son más comunes en las extremidades [52]. Aunque pueden existir factores hormonales y genéticos en su desarrollo, la exposición a rayos UV, la localización del tumor y la edad son los principales determinantes.



03

Plan Oncológico 2018-2023 y su evaluación

Plan Oncológico 2018-2023 y su evaluación

En los últimos años, el Departamento de Salud ha implementado su Plan Oncológico Euskadi (POE) 2018-2023 con el objetivo de mejorar el abordaje del cáncer en Euskadi [6]. Esta estrategia ha pretendido ofrecer una respuesta estructurada a las necesidades de las personas afectadas por la enfermedad, tanto en el presente como en el futuro. Entre sus principales metas han destacado la reducción de la mortalidad y la mejora de la calidad de vida.

El **POE 2018-2023,** estructurado en **6 Retos y 39 Objetivos** (Figura 21), ha cubierto su periodo y urge pensar en el futuro en el contexto de un nuevo marco estratégico, con el nuevo Plan de Salud 2030 [5] y el Plan Estratégico 2023-2025 de Osakidetza [55]. Ambos planes contemplan objetivos y líneas estratégicas a las que el futuro Plan Oncológico deberá dar respuesta.

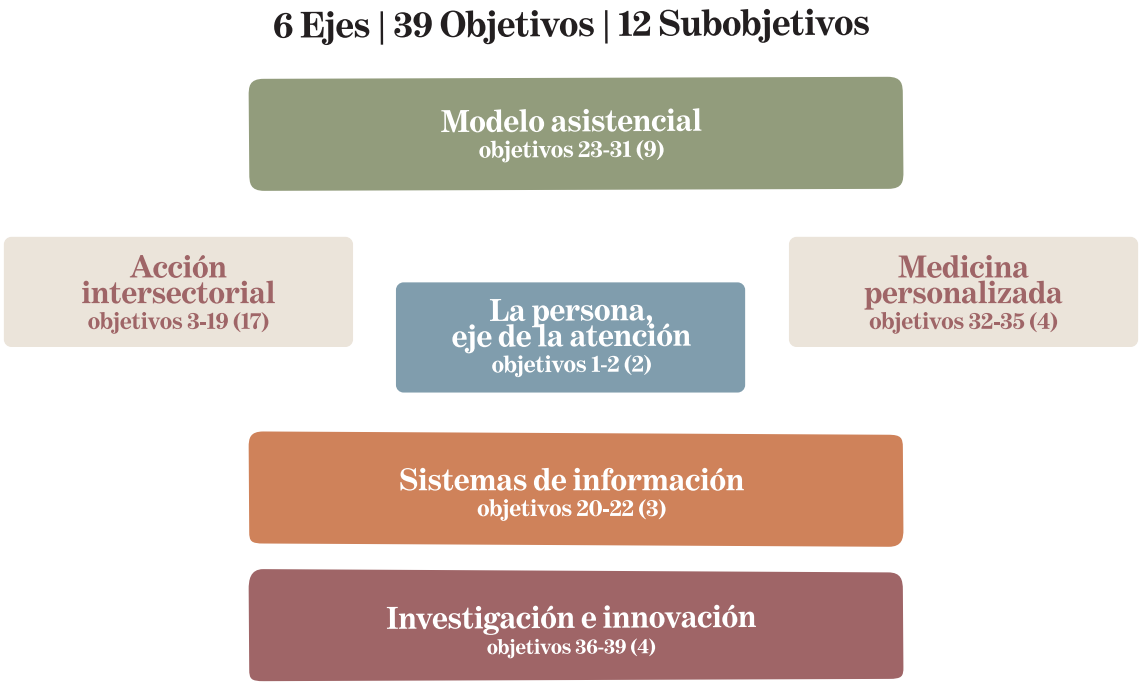


Figura 21. Esquema de la estructura del anterior POE 2018-2023.

Una vez concluida la vigencia del POE 2018-2023, se ha realizado una evaluación completa de su ejecución, lo que ha permitido valorar sus logros y resultados, así como extraer lecciones y aprendizajes [56]. Esto ha servido como base sólida para iniciar el diseño, redacción y puesta en marcha del nuevo POIE, que será un instrumento fundamental para el abordaje integral del cáncer en Euskadi. La evaluación ha respondido a los siguientes objetivos:

- Estimar logros obtenidos por el POE 2018-2023, identificar su valor añadido, lecciones aprendidas, factores de éxito, barreras y obstáculos en su implementación.
- Establecer recomendaciones de cara a dotar de mayor valor estratégico al próximo Plan Oncológico Integral de Euskadi (POIE) 2025-2030.

La evaluación se llevó a cabo entre los meses de junio y septiembre de 2023 sustentado en un amplio análisis documental, en entrevistas individuales y grupales, a 35 interlocutores y con 8 Grupos Focales, entre los que cabe destacar el grupo focal de pacientes.

El POE 2018-2023, el primer Plan Oncológico de Euskadi, resultó un marco adecuado para reflexionar y poner en común los principales problemas en torno al cáncer y la referencia estratégica básica a partir de la cual se desplegaron las actuaciones para dar respuesta a las necesidades específicas de la población en materia oncológica. El POE permitió avanzar en el abordaje del cáncer con un enfoque corporativo, ayudando a homogeneizar las formas de hacer con el objetivo de asegurar la mejor atención independientemente del municipio de residencia.

En general, el nivel de cumplimiento de los objetivos del POE 2018-2023 fue considerado alto. Se abordaron todos sus objetivos y en más del 80% se lograron los objetivos planteados, si bien, la pandemia vivida, coincidiendo con su despliegue, ralentizó el desarrollo de algunas actuaciones.

Entre uno de los logros destacados está la definición de un Modelo Asistencial que contribuyó a fortalecer la gobernanza y despliegue del propio plan destacando la figura de la Coordinación del POE y la red de Enfermeros/as Coordinadores/as del POE (una en cada una de las cinco OSIs referentes en la atención Oncológica). El impulso del POE convirtió además los Comités de Tumores, basados en el trabajo multidisciplinar, en el eje del modelo asistencial y potenció los circuitos rápidos, conocidos como Minbizi, con el objetivo de minimizar los tiempos de respuesta en el diagnóstico y dar una atención diferencial a las personas con sospecha de cáncer. Otro aspecto importante del modelo fue la creación del Comité Autonómico de Coordinación Asistencial para la gestión de la atención del cáncer infantil y en adolescentes, y la promoción del funcionamiento en red de las OSIs Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces y Donostialdea que actúan como referentes en el ámbito de atención al paciente oncológico pediátrico.

En relación con los programas de cribado, se llevó a cabo la implantación del programa poblacional de cribado de cáncer de cérvix en mujeres de 25 a 65 años, con un laboratorio centralizado que permitió optimizar los tiempos de respuesta. Así mismo, se estableció Onkobide, el primer sistema corporativo, homogéneo para toda la red, para la gestión del proceso farmacoterapéutico que contempla la prescripción, preparación y administración de los tratamientos de cáncer y posibilita la explotación de resultados en la vida real.

Entre las carencias identificadas está la necesidad de mayor profundidad en cuanto a acciones dirigidas a colectivos específicos como los niños, niñas y adolescentes, las personas mayores, y los largos supervivientes. Así mismo, se concluyó qué habría que revisar la gobernanza del Plan y reforzar la figura de coordinación con un equipo coordinador, además de reconsiderar la composición y funciones de los Consejos Asesores. Del mismo modo, se consideró que un cuadro de mando habría ayudado a hacer el seguimiento del progreso en el despliegue del POE al mismo tiempo que podría servir para evaluar la eficacia de ciertas actuaciones.

Por otro lado, se identificó un área de mejora en la comunicación del POE, ya que se observó un cierto desconocimiento sobre los objetivos que perseguía, las acciones que proponía y los resultados obtenidos, especialmente entre los y las profesionales que no están directamente involucrados en el tratamiento del cáncer, como Atención Primaria y las OSIs sin atención oncológica. Como lección aprendida, se destaca la necesidad de involucrar en mayor medida a los y las profesionales y grupos de interés relacionados en la definición del nuevo Plan, para garantizar el enfoque de la Atención Centrada en la Persona.



04 Marco estratégico

Marco estratégico

4.1 Misión Cáncer. Plan Europeo de Lucha Contra el Cáncer.

Horizonte Europa incluye entre sus principales innovaciones el lanzamiento de Misiones como una nueva forma de implementar la I+D+I con un impacto social y económico en áreas de interés para la UE y sus ciudadanos. La Misión Cáncer, en concreto, propone como objetivo global lograr avances en la próxima década que permitan salvar al menos 3 millones de vidas en Europa [3]. En líneas generales busca alargar la esperanza de vida de los y las pacientes oncológicos/as, lograr una mayor calidad de vida -también para los y las supervivientes y el entorno familiar- y consolidar mecanismos que eviten o retrasen la aparición de la enfermedad.

La Misión Cáncer considera que, para lograr intervenciones efectivas en los pilares de prevención, diagnóstico y tratamiento, y para mejorar la calidad de vida de las personas expuestas al cáncer, es necesario un mejor entendimiento integral de la enfermedad. Por ello, la mejor comprensión de los factores y mecanismos que causan el cáncer constituyen la base sobre la que se sustentan los citados tres pilares de prevención, diagnóstico y tratamiento. Como pilar transversal, se espera conseguir un acceso equitativo/igualitario a todas las intervenciones que se desarrollen en todos los países de la UE.



La Misión Cáncer identifica cinco áreas complementarias:

a) Entender.

b) Prevenir, lo prevenible.

c) Optimizar el diagnóstico y el tratamiento.

d) Afianzar la calidad de vida.

e) Garantizar el acceso equitativo.

Figura 22. Pilares fundamentales de la Misión Cáncer

El Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, se presenta como un complemento esencial a la Misión Cáncer, con el objetivo de abordar el cáncer desde todos los frentes posibles. Este plan incluye estrategias e iniciativas concretas en áreas como la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la mejora de la calidad de vida de los pacientes y supervivientes [4].

La Misión Cáncer y el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer están alineados en su objetivo de reducir el impacto del cáncer, abordando todos los tipos de cáncer en todas las fases. Desde la prevención de los factores de riesgo hasta el apoyo a la supervivencia y los cuidados al final de la vida, para todas las edades y en todas las circunstancias en toda Europa. Esto incluye a niños, niñas y adolescentes, adultos y personas mayores, personas que viven en áreas remotas, aquellas personas con cánceres raros, y familias social o económicamente vulnerables, entre otros.

De manera complementaria, la probabilidad de recibir un diagnóstico a tiempo para sobrevivir a la enfermedad difiere sustancialmente en toda Europa e incluso dentro de los países. Superar los desequilibrios en el acceso al conocimiento, la prevención, el diagnóstico, los tratamientos y la atención del cáncer es una prioridad.

4.2 Plan de Salud 2030

El Plan de Salud de Euskadi, es el instrumento superior de planificación y programación del sistema, establece los objetivos básicos de salud para la política sanitaria y define las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles, tal y como establece la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi en su Artículo 13 Plan de Salud de Euskadi [57].

El Plan de Salud 2030 se aprueba en Consejo de Gobierno Vasco en el verano de 2023, constituyendo la hoja de ruta que define las políticas sanitarias a desarrollar en los próximos años con el propósito de liderar una Euskadi más saludable [5].

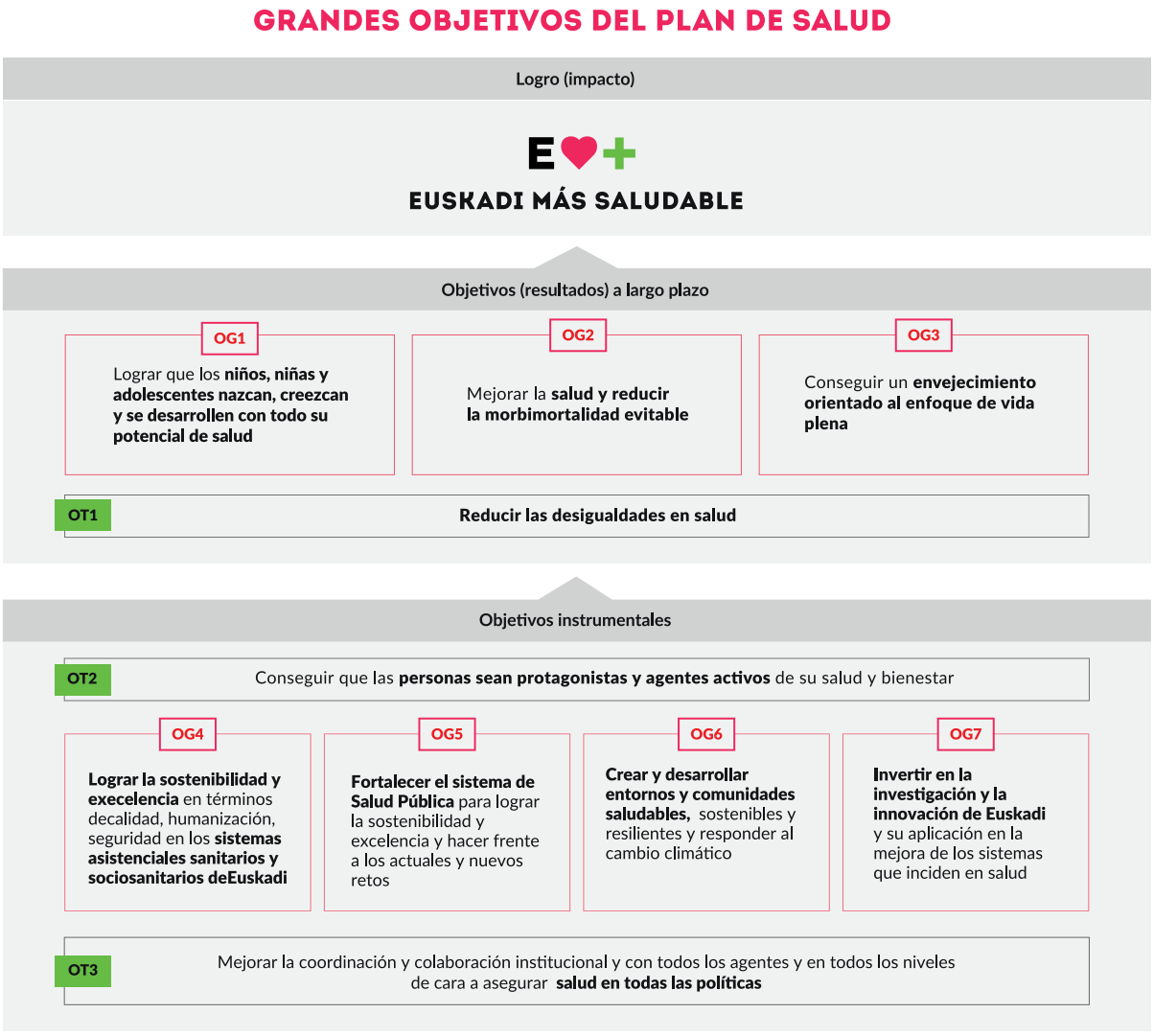


Figura 23. Grandes objetivos del Plan de Salud de Euskadi 2030

Entre los objetivos que define para lograr ese fin, destacan cuatro principales: potenciar el desarrollo en salud de los niños, niñas y adolescentes; fomentar el envejecimiento activo y de vida plena; disminuir la morbimortalidad evitable en la población vasca; y reducir las desigualdades en salud.

Para ello el Plan de Salud de Euskadi 2030 plantea un conjunto de 10 Objetivos con sus correspondientes líneas estratégicas, unos más finalistas que concretan un horizonte de salud para los diferentes grupos de población, otros más instrumentales, orientados a aspectos estructurales que son necesarios para conseguir los objetivos de salud que se persiguen.

4.3 Otras estrategias

Se ha llevado cabo una revisión de diversos documentos relacionados con estrategias de salud y cáncer, incluyendo programas, planes estratégicos, normativa, datos sobre la situación de la salud, estrategias sectoriales con impacto en la salud de las personas e informes sobre tendencias globales en materia de salud. Esta revisión ha tenido como objetivo identificar acciones y aspectos clave a considerar en la formulación del nuevo POIE.

Será necesario tener en cuenta, al menos:

- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud [58].
- Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025 [55].
- Otras estrategias y planes en materia de salud:

Estrategias transversales:

Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2023-2027 [59],
Estrategia de Seguridad del Paciente 2030 [60],
Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028 [61],
Modelo de Humanización de Osakidetza [62],
Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2022-2025 [63],
VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi [64]

Estrategias intersectoriales:

Mugiment [65],
Programa Marco Ambiental 2030 de Euskadi [66],
Estrategia Vasca de Seguridad y Salud en el Trabajo 2021-2026 [67]

- Marco normativo.
- Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud DSS.
- Agenda 2030.

Al contemplar estos elementos es necesario tener en cuenta que la vigencia del POIE se prolonga más allá que la de algunos de ellos, por lo que las premisas que aportan deben ser matizadas teniendo en cuenta esta circunstancia.



05 Formulación estratégica

Formulación estratégica

La formulación estratégica del POIE está constituida por su MISIÓN, VISIÓN, PRINCIPIOS y ÁREAS PRIORITARIAS.

El objetivo de la formulación de la Misión y la Visión es construir el PROPÓSITO ESTRATÉGICO del POIE dando respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Cuál debe ser realmente la razón de ser del POIE, lo que determina su propósito?

¿A qué debemos aspirar en 2030?

Los PRINCIPIOS son los elementos que deben guiar el POIE, tanto en sus contenidos como en el proceso para llegar a ellos.

Las ÁREAS PRIORITARIAS señalan las grandes cuestiones hacia las que se deben orientar todas las actuaciones en el abordaje del cáncer los próximos años.

Para cada una de las Áreas Prioritarias se han identificado una serie de objetivos, que se han concretado en actuaciones concretas a ejecutar en el horizonte 2025-2030.

5.1 Misión y visión

MISIÓN

*"Establecer una **estrategia integral, participativa, sostenible y dinámica,** que guíe las actuaciones en **cáncer** en base a la **excelencia, la evidencia científica, y la equidad,** generando **valor a la ciudanía vasca** en términos de **mejores resultados en salud**".*

VISIÓN

Con este POIE Euskadi aspira a lograr:

- Mejorar la tasa de **supervivencia de las personas con cáncer**.
- Disminuir los **años potenciales de vida perdidos por cáncer.**
- Mejorar la **calidad de vida** de las personas, de pacientes y supervivientes de cáncer, de sus familiares y de las personas cuidadoras.
- Mantener y mejorar el compromiso por la **equidad.**
- Mejorar la **percepción de la ciudadanía** en relación con cómo el Sistema aborda el cáncer.

Para ello, el POIE priorizará sus esfuerzos en:

- El **abordaje integral e integrado** del cáncer en todas sus etapas, con una atención oncológica avanzada y un modelo asistencial que lo facilite.
- La promoción **de programas de educación/prevenci**ón para lograr la participación de **toda la ciudadanía.**
- El **avance en prevención y diagnóstico precoz.**
- El **acceso a la atención personalizada y tratamientos avanzados.**
- Los **sistemas de información** que aportan datos en epidemiología, en el ámbito clínico, de la gestión y la investigación.
- El **acceso universal, equitativo, y humanizado** a todos los recursos del sistema, sanitario y no sanitario.
- La capacidad para, de una forma dinámica, **implantar los avances innovadores.**

5.2 Principios rectores del POIE

Los principios rectores guían la formulación, el diseño y despliegue de todas las estrategias, programas e intervenciones que se deriven de ellos.

El POIE se apoya en los siguientes principios rectores:

1. Centralidad de la persona y humanización

- **Las personas como protagonistas y agentes activos de su salud y su enfermedad,** con un papel clave en la toma de decisiones.
- **Participación comunitaria, experiencia de las personas, la comunidad, pacientes y humanización** como elementos esenciales en la prevención y en la atención oncológica.
- **Reducción de desigualdades sociales y equidad,** garantizando un acceso justo y equitativo a los programas de promoción, prevención y a la atención sanitaria y sociosanitaria.
- **Perspectiva de género,** asegurando que las intervenciones sean inclusivas y adaptadas a la diversidad y a las necesidades específicas.

2. Prevención y detección precoz

- **Promoción de la salud y prevención primaria,** intervención en los factores de riesgo modificables.
- **Detección precoz y cribado poblacional** en tumores recomendados para mejorar los resultados de salud.
- **Diagnóstico ágil en personas con sospecha diagnóstica,** favoreciendo tiempos de respuesta rápidos y efectivos.

3. Atención integral y continuidad asistencial

- **Modelo de atención integral, continuada y personalizada,** asegurando la coordinación entre niveles asistenciales en todas las fases: sospecha diagnóstica, diagnóstico, tratamiento, supervivencia y final de vida.
- **Pensar más allá de la atención sanitaria,** promoviendo la colaboración intersectorial para mejorar la calidad de vida de las personas con riesgo y pacientes con cáncer.

4. Organización, coordinación y trabajo en red

- **Reconocimiento y promoción de la colaboración entre profesionales y equipos,** fortaleciendo el trabajo en red.
- **Modelo organizativo basado en la especialización estratégica,** garantizando accesibilidad equitativa a toda la ciudadanía.
- **Promover que el plan se adapte localmente y en el tiempo,** asegurando flexibilidad en su implementación.

5. Calidad, innovación y toma de decisiones basada en la evidencia

- **Calidad, mejora continua, desarrollo sostenible, efectividad y eficiencia de las intervenciones** como pilares fundamentales del plan.
- **Información disponible actualizada y toma de decisiones basada en la evidencia**, asegurando intervenciones con respaldo científico.
- **Dinamización del plan en base a los avances en I+D+i,** incorporando innovaciones tecnológicas y científicas de forma progresiva.

6. Liderazgo y gobernanza

- **Liderazgo transformador** que facilite la adaptación progresiva, flexible y sostenida del sistema.
- **Desarrollar una visión compartida** que implique a todos los actores clave en la prevención y la atención en oncología.
- **Involucrar a la ciudadanía, comunidad, pacientes y profesionales,** fomentando una estrategia inclusiva.
- **Plantear la implementación como un enfoque clave desde el principio,** asegurando un despliegue efectivo del plan.
- **Medir los resultados** como base para la monitorización, evaluación y mejora continua del plan.



06 Áreas prioritarias de actuación

Áreas prioritarias de actuación

La definición de áreas prioritarias es un paso fundamental porque señala las grandes cuestiones hacia las que se deben orientar todas las actuaciones en el abordaje del cáncer en los próximos años.

Las áreas prioritarias pueden tener distinta naturaleza (colectivos, temáticas, conceptos, etc.); lo realmente importante es su relevancia y criticidad, tanto en el presente como en el futuro, para orientar las políticas y acciones con impacto en el cáncer.

A partir de la evaluación del POE 2018-2023 se propuso poner en valor el impacto del primer Plan Oncológico de Euskadi en la atención al cáncer, dándole continuidad a la estructura de seis ejes que presentaba. En paralelo, se llevó a cabo un ejercicio de benchmarking de las áreas prioritarias de varios Planes Oncológicos tanto en el ámbito nacional (SNS 2021, Andalucía 2021-2025, Castilla y León 2018; Cataluña 2022-2026; Extremadura 2022-2026 y Galicia 2022-2028) como internacional (Australia 2023-2033, Canadá 2019-2029, Chile 2018-2028, Estados Unidos 2023, Francia 2021-2030, Nueva Zelanda 2019-2029 y Reino Unido 2024) (disponibles en el apartado 8.2. Benchmarking). De este trabajo comparativo se concluyó que todas las áreas consideradas en los diferentes planes podían resumirse en un total de ocho ejes.

- Prevención del cáncer
- Detección temprana
- Servicio asistencial de alta calidad
- Calidad de vida de pacientes, supervivientes y entorno
- Investigación e innovación
- Fortalecimiento de los sistemas de registro, información y vigilancia
- Equidad durante todo el proceso asistencial
- Gobernanza e implementación

Partiendo de la estructura del POE 2018-2023 y con pequeñas modificaciones para ser coherentes con los ocho ejes compartidos, de forma general, por los planes nacionales e internacionales estudiados, se propuso estructurar el nuevo POIE en 7 Áreas Prioritarias, tal y como se refleja en el esquema

Esquema de las siete áreas prioritarias del Plan Oncológico Integral de Euskadi 2025-2030

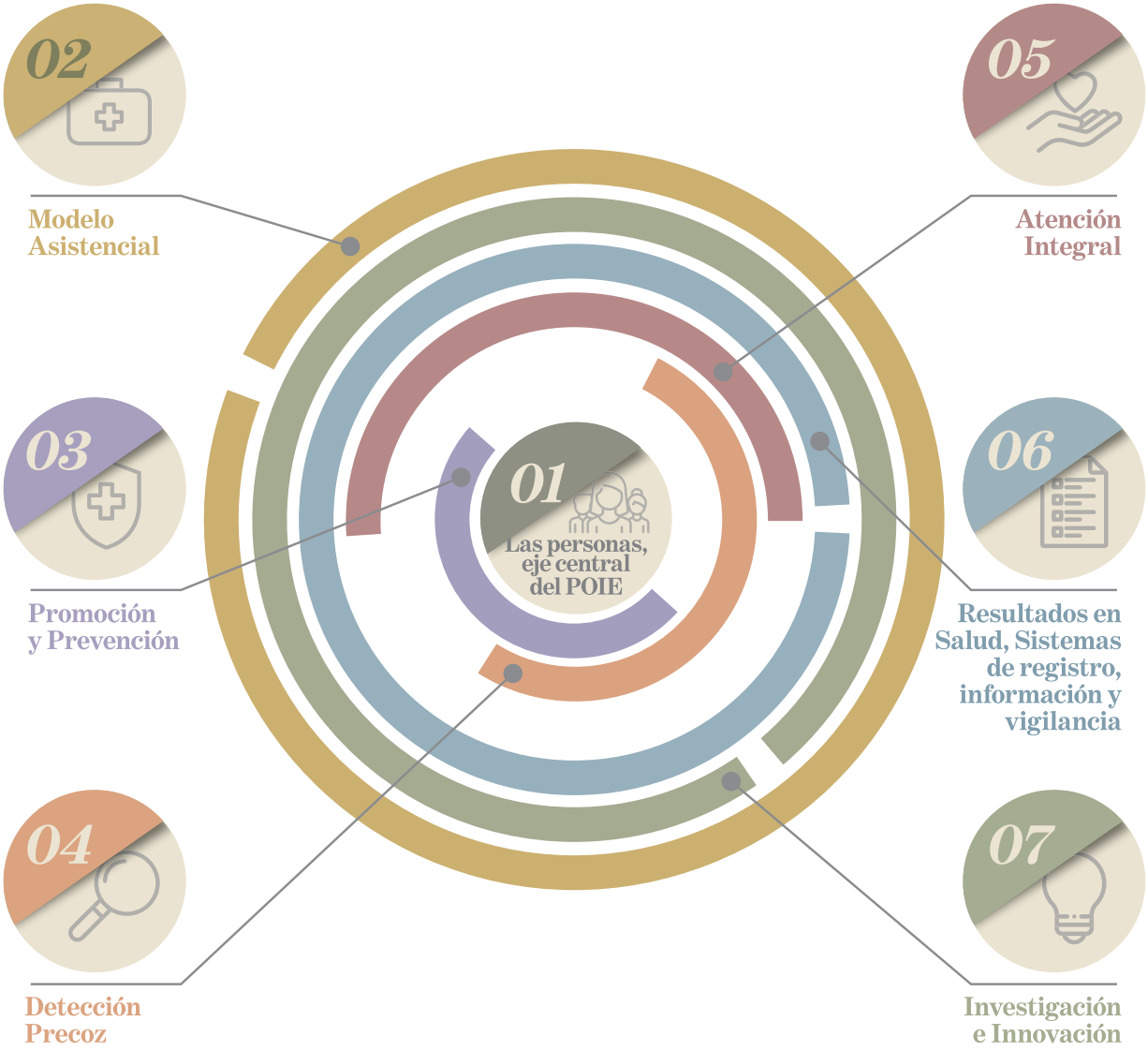


Figura 24. Esquema de las siete áreas prioritarias del Plan Oncológico Integral de Euskadi 2025-2030.

Para cada Área Prioritaria se describe el **Marco Conceptual** al que debe responder, aportando así contexto y contenido para orientar su alcance. Además, se establecen sus **Objetivos** específicos y las **Acciones** para lograrlo. Finalmente, se identifican los **indicadores** que servirán para evaluar su cumplimiento.

Asimismo, con el objetivo de responder a una de las necesidades evidenciadas en la evaluación del POE 2018-2023, se han recogido algunas actuaciones dirigidas a colectivos específicos que posteriormente han sido ordenados, en función del ámbito de actuación, en las diferentes Áreas Prioritarias. Los colectivos específicos han sido:

- Niños y niñas
- Adolescentes y adultos jóvenes (AYAs)
- Personas mayores
- Largos supervivientes

En este documento se recogen 20 acciones dirigidas específicamente a estos colectivos y, además, pretende que en las acciones dirigidas a una población más amplia también se reflexione a cerca de la adecuación de la atención a estos colectivos. Las acciones que hacen referencia de manera explícita a estos colectivos se recopilan en el Anexo 9.1.

6.1 Las personas, Eje central del POIE

6.1.1 Marco Conceptual



Todas las Áreas Prioritarias y, por tanto, el propio POIE se fundamentan en un modelo de atención centrado en las personas, entendiendo que cada individuo, en su dimensión individual y comunitaria, es el eje vertebrador de todas las actuaciones. Este enfoque abarca a las personas en su sentido más amplio: personas sanas, comunidad, personas pacientes, personas cuidadoras y profesionales sanitarios y no-sanitarios, todas ellas integradas en un ecosistema de atención que trasciende lo puramente asistencial para incorporar aspectos emocionales, sociales y culturales.

Siendo la Persona la razón de ser de esta Área Prioritaria, sus contenidos se orientan, tal y como ya recogía el anterior POIE, en seguir **trabajando en la HUMANIZACIÓN**, y en la **mejora de la EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS.**

En este sentido, la humanización de la atención oncológica promueve una atención holística que garantiza no solo la calidad asistencial, sino también la dignidad y el bienestar integral de quienes transitan el proceso oncológico, abordando sus necesidades emocionales, psicológicas, espirituales y/o sociales [66]. Esta visión se alinea con el Modelo de Humanización de Osakidetza que establece que "humanizar la atención sanitaria es una acción, tarea y habilidad que debe ser asumida por todas las partes implicadas: organizaciones, equipos, gestores, profesionales del ámbito sanitario y también personas pacientes y sus familias o personas allegadas. Constituye, además, un compromiso ético que pone el foco en la consideración de la persona en su globalidad y requiere de una intervención holística, global, centrada en la persona y personalizando la atención" [58]. Este enfoque tiene como objetivo no solo mejorar la calidad asistencial y la experiencia del paciente, sino también fortalecer el rol de los y las profesionales, dotándoles de herramientas y estrategias que les permitan ejercer su labor en un entorno más humano, empático y eficiente.

Bajo esta perspectiva, la humanización también implica eliminar barreras que puedan generar desigualdades o discriminación a quienes han superado un cáncer. En esta línea, el Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio, introduce en España el derecho al olvido oncológico, una medida que facilita el acceso a seguros y productos financieros a las personas que han superado un cáncer [69]. Este derecho permite que quienes han finalizado su tratamiento oncológico y hayan pasado más de cinco años sin recaída no estén obligados a declarar su historial oncológico, garantizando así una mayor equidad y evitando cualquier tipo de discriminación.

Por lo tanto, esta Área Prioritaria impulsa, entre otros, la personalización de la atención, la implicación de los y las pacientes y sus acompañantes en la toma de decisiones y la mejora continua de su experiencia, promoviendo una atención empática, facilitando el acceso a información clara y recursos disponibles, y garantizando entornos físicos y asistenciales adecuados para su bienestar.

6.1.2 Objetivos

Esta Área Prioritaria se despliega a través de los siguientes objetivos:

1.1 Impulsar una cultura organizacional centrada en la humanización de la atención, fomentando el liderazgo en la atención personalizada y empática en todos los niveles asistenciales.

1.2 Fomentar la implicación activa y significativa de los y las pacientes y sus acompañantes en la toma de decisiones compartidas relacionadas con su atención.

1.3 Ofrecer una atención integral y personalizada que respete la dignidad, las necesidades, los valores y las preferencias de cada paciente, asegurando una comunicación empática y clara en todas las etapas del proceso oncológico, con recursos accesibles y adaptados a sus circunstancias.

1.4 Crear entornos físicos y asistenciales que favorezcan el bienestar emocional y físico de pacientes, acompañantes y profesionales, adaptándolos a las necesidades específicas de cada colectivo, especialmente en pediatría.

1.5 Fomentar el bienestar emocional y físico de los y las profesionales, asegurando que cuenten con un entorno laboral saludable, así como con las herramientas necesarias para brindar una atención de calidad.

6.1.3 Acciones

Objetivo 1.1 *Impulsar una cultura organizacional centrada en la humanización de la atención, fomentando el liderazgo en la atención personalizada y empática en todos los niveles asistenciales.*

1.1.1 Desarrollar e implantar programas de sensibilización y de formación, que fortalezcan la comunicación empática, la toma de decisiones compartidas, el manejo de malas noticias, acompañamiento en el duelo y aspectos éticos, entre otros, en todos los ámbitos y niveles asistenciales.

Objetivo 1.2 *Fomentar la implicación activa y significativa de los y las pacientes y sus acompañantes en la toma de decisiones compartidas relacionadas con su atención.*

1.2.1 Potenciar un **modelo de planificación compartida de la atención, y deliberativo,** que respete los valores y decisiones del/a paciente, y le permita tomar decisiones informadas sobre su atención.

1.2.2 Elaborar, poner en conocimiento e integrar el **Mapa de Recursos disponibles en el entorno comunitario,** ofertados por asociaciones y otras entidades sin ánimo de lucro, promoviendo su recomendación activa dentro del proceso asistencial para que pacientes y familias puedan beneficiarse de su apoyo y servicios.

1.2.3 Impulsar y divulgar el programa Paciente Activo/Paziente Bizia para el empoderamiento y autogestión de la salud **en todo el ámbito asistencial,** de forma que, un mayor número de pacientes oncológicos puedan beneficiarse de él. Promover la participación activa fomentando la "Mentoría de Pacientes", de manera que los pacientes actuales puedan compartir sus experiencias con nuevos pacientes.

Objetivo 1.3 *Ofrecer una atención integral y personalizada que respete la dignidad, las necesidades, los valores y las preferencias de cada paciente, asegurando una comunicación empática y clara en todas las etapas del proceso oncológico, con recursos accesibles y adaptados a sus circunstancias.*

1.3.1 Implementar protocolos estandarizados que garanticen información clara, accesible y humanizada para los y las pacientes en todas sus interacciones con los profesionales a lo largo de todas las fases del proceso asistencial.

- Garantizar el **acompañamiento continuo** del paciente ofreciendo **consulta presencial y no presencial,** asegurando atención asíncrona para resolver dudas entre consultas, especialmente en periodos de espera prolongados.

- **Ofrecer información fiable y adaptada a las diferentes realidades culturales e idiomáticas** sobre el proceso asistencial, incluyendo fases del tratamiento, efectos adversos, calendarios, contactos de referencia, cuidados en casa y **recursos del tejido asociativo disponible, en formatos escritos, orales y digitales.**

1.3.2 Establecer un **modelo de coordinación que facilite la no presencialidad** en las consultas para evitar desplazamientos innecesarios, **si el paciente así lo desea, y la planificación de las próximas citas** a los/las pacientes.

1.3.3 Adoptar sistemas digitales como aplicaciones de tracking, SMS y **notificaciones automáticas para informar a los y las pacientes y sus familias** sobre el progreso en la preparación del tratamiento, el acceso a citas y cualquier otro proceso relevante, permitiéndoles mayor flexibilidad y control sobre su tiempo y desplazamientos.

1.3.4 Definir la **metodología para la identificación del distrés social,** formar a los profesionales sanitarios y no sanitarios, y establecer circuitos homogéneos de derivación a los servicios de atención social.

Objetivo 1.4 *Crear entornos físicos y asistenciales que favorezcan el bienestar emocional y físico de pacientes, acompañantes y profesionales, adaptándolos a las necesidades específicas de cada colectivo, especialmente en pediatría.*

1.4.1 Fomentar la participación de pacientes y acompañantes en el diseño de espacios específicos y adecuados para ellos.

1.4.2 Facilitar, a través de los Servicios Sociales, el **acceso a ayudas técnicas y/o de adaptación de la vivienda** que puedan necesitar las personas pacientes.

1.4.3 Agilizar los **canales de comunicación con trabajadores sociales y Asociaciones,** para facilitar el acceso temprano a recursos sociales y para orientar y agilizar la **ayuda necesaria a los colectivos más vulnerables** (migrantes, personas mayores, salud mental, adicciones, etc.).

Objetivo 1.5 *Fomentar el bienestar emocional y físico de los y las profesionales, asegurando que cuenten con un entorno laboral saludable, así como con las herramientas necesarias para brindar una atención de calidad.*

1.5.1 Incorporar la metodología de experiencia de los y las profesionales del cáncer y **promover espacios de escucha activa** para la mejora continua de los procesos asistenciales.

1.5.2 Establecer programas y actividades institucionales de reconocimiento a los y las profesionales, destacando su compromiso, esfuerzo y dedicación, para fortalecer el vínculo emocional con la organización.

1.5.3 Armonizar los **programas de apoyo psicológico y estrategias de cuidado emocional** para los y las profesionales.

6.2 Modelo asistencial

6.2.1 Marco Conceptual



El anterior POE establecía como **modelo asistencial** aquellas herramientas y mecanismos utilizados para la organización y gestión del proceso oncológico con el fin de garantizar un **enfoque multidisciplinar** en la atención de los y las pacientes con cáncer, facilitando las tomas de decisiones de forma coordinada en los diferentes ámbitos por los que transita cada paciente en su proceso asistencial.

El objetivo último del modelo asistencial es **maximizar los resultados en salud,** incrementando la eficacia y la eficiencia en todo el sistema sanitario. En este sentido, el modelo asistencial debe garantizar que **todas las personas enfermas de cáncer tengan las mismas oportunidades y facilidades de acceso al Sistema.** Esto requiere una integración óptima de todos los agentes involucrados, incluyendo a los distintos estamentos, niveles asistenciales y especialidades médicas implicadas en la prevención, diagnóstico, tratamiento, continuidad de cuidados, rehabilitación y/o final de vida. Además, el modelo debe responder tanto a las necesidades generales como a las específicas de cada proceso y grupo de pacientes.

Para avanzar en la atención integral es clave la definición de **Rutas Asistenciales homogéneas** que contemplen todas las fases del proceso oncológico, además de la apuesta por fortalecer el liderazgo de la **gestión de los procesos desde los Comités de Tumores** con su visión multidisciplinar.

El fortalecimiento del modelo asistencial debería, así mismo, **integrar la investigación oncológica** en los procesos asistenciales, promoviendo así la innovación y la mejora continua de la atención. En este sentido, la colaboración y coordinación con las iniciativas europeas actuales y futuras resultan fundamentales para optimizar los resultados en salud y definir un modelo asistencial más avanzado [70]. La participación en estrategias derivadas de la Misión en Cáncer y el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer contribuirá a mejorar la atención oncológica en nuestra comunidad. Entre ellas, destaca la estrategia de los CCC, cuyo objetivo es crear una red europea que permita que, para 2030, el 90% de los pacientes con cáncer reciban atención en estos centros de referencia [4].

Por otro lado, la comunicación debe ser un eje transversal tanto del modelo asistencial como del propio Plan, fortaleciendo la coordinación entre instituciones, profesionales sanitarios y no sanitarios, y la sociedad. Una estrategia de comunicación efectiva permite difundir los objetivos y acciones del Plan entre las profesionales que juegan un papel clave en la atención integral del cáncer, promoviendo su implicación en su desarrollo y ejecución. Asimismo, una comunicación clara y accesible dirigida a la sociedad es esencial para informar y sensibilizar a la población sobre la importancia de la prevención, la detección precoz, y el apoyo integral a pacientes y sus acompañantes, entre otros.

En definitiva, el modelo asistencial debe evolucionar hacia un sistema integrado, innovador y centrado en la persona, que garantice la calidad, equidad y eficiencia en la atención al cáncer en Euskadi.

6.2.2 Objetivos

Esta Área Prioritaria se despliega a través de los siguientes objetivos:

2.1 Garantizar un Modelo Asistencial, equitativo y eficiente, que persiga la calidad y la atención integrada de los pacientes con cáncer de Euskadi.

2.2 Disponer de Rutas Asistenciales específicas al objeto de garantizar respuestas rápidas, eficientes y homogéneas, adaptadas a las necesidades cambiantes de los y las pacientes.

2.3 Integrar la investigación oncológica en el modelo asistencial para impulsar la innovación y la mejora continua de la atención.

2.4 Apostar por las acreditaciones y estándares europeos.

6.2.3 Acciones

Objetivo 2.1 *Garantizar un Modelo Asistencial, equitativo y eficiente, que persiga la calidad y la atención integrada de los pacientes con cáncer de Euskadi.*

2.1.1 Sistematizar la gestión de la Cartera de Servicios en cáncer, dentro de las competencias del Departamento de Salud, de forma que se asegure su permanente actualización y permita conocer los recursos disponibles en Euskadi en la atención al cáncer.

2.1.2 Revisar el actual **modelo organizativo** para profundizar en un modelo en red, eficiente y equitativo que incluya mecanismos de participación de la ciudadanía.

2.1.3 Crear **mecanismos de participación de pacientes** para evaluar, diseñar y mejorar los procesos asistenciales oncológicos garantizando que las necesidades, experiencias y preferencias de los/las pacientes sean consideradas.

2.1.4 Revisar el **rol de los Comités de Tumores y de las Comisiones de Tumores:** mapa de Comités de Tumores, funciones, sistemática de trabajo, participantes, integración de Atención Primaria, incorporación de los comités moleculares, dedicación... al objeto de asegurar el enfoque multidisciplinar en la evaluación de los casos, la mejora de los procesos asistenciales, el enfoque corporativo.

2.1.5 Potenciar **el liderazgo del Comité de Tumores en la gestión de los procesos** que le correspondan.

2.1.6 Realizar un **abordaje específico con los procesos de baja prevalencia y alta complejidad bajo un modelo consensuado,** teniendo en cuenta requisitos técnicos y las capacitaciones humanas necesarias en cada caso, y en base a equipos integrados.

2.1.7 Avanzar en el proceso de incorporación de nuevos perfiles profesionales que puedan ayudar a mejorar la atención integral a los pacientes.

2.1.8 Incorporar en el modelo **elementos que tengan en cuenta la coordinación con el ámbito social, educativo y laboral** para dar respuesta al paciente y a su entorno sobre los recursos y los apoyos a los que puede optar con el fin de dar respuesta a sus necesidades.

2.1.9 Mejorar la **coordinación entre Salud Pública, Osakidetza y Osalan** en aspectos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos y otros riesgos laborales, y establecer los flujos de intercambio de datos necesarios.

Objetivo 2.2 *Disponer de Rutas Asistenciales específicas al objeto de garantizar respuestas rápidas, eficientes y homogéneas, adaptadas a las necesidades cambiantes de los y las pacientes.*

2.2.1 Diseñar e implantar Rutas Asistenciales por tipología de tumor, en base a la evidencia científica y con criterios de eficiencia.

2.2.2 Informar de forma clara a los y las pacientes y sus acompañantes de las **vías de acceso a la comunicación con personal sanitario especializado** para dar respuesta a dudas, sentirse apoyados y acompañados en todo el proceso.

2.2.3 Asegurar una transición a la etapa adulta estructurada y una atención continua para los pacientes pediátricos y adolescentes mediante una estrategia coordinada entre pediatría, los diferentes niveles asistenciales y las distintas especialidades médicas.

2.2.4 Facilitar la implementación de los protocolos estandarizados dirigidos a la valoración del estado funcional general (como la Valoración Geriátrica Integral) compartidos entre el profesional y el paciente y/o su entorno, con el fin de evitar pruebas diagnósticas innecesarias y un tratamiento adecuado en función de las especificidades del paciente, minimizando los riesgos para mantener o mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente.

Objetivo 2.3 *Integrar la investigación oncológica en el modelo asistencial para impulsar la innovación y la mejora continua de la atención.*

2.3.1 Incorporar un **referente de investigación en los Comités de Tumores,** para facilitar las sinergias y el trabajo coordinado.

2.3.2 Crear una **Comisión Corporativa de Investigación Traslacional:** Definir la estrategia; incluir un equipo especializado para abordar necesidades asistenciales desde la innovación.

2.3.3 Contar con una plataforma única de Ensayos Clínicos/Proyectos de Investigación en cáncer actualizada público-privada, para que todos los y las pacientes de nuestra comunidad tengan un acceso equitativo a fármacos/estrategias innovadoras.

Objetivo 2.4 *Apostar por las acreditaciones y estándares europeos.*

2.4.1 Trabajar en la **obtención de la acreditación como Comprehensive Cancer Center (CCC)** mediante un modelo en red único en Euskadi, con un órgano que lidere y avance de forma coordinada con las organizaciones.

2.4.2 Avanzar en la obtención de la **acreditación de los laboratorios de la Red de Diagnóstico Biológico según la Norma ISO 15189.**

2.4.3 Participar **en redes internacionales y proyectos europeos alineados con el Plan Europeo Contra el Cáncer** e integrar sus estándares a nuestras organizaciones.

6.3 Promoción de la salud y prevención del cáncer

6.3.1 Marco Conceptual



La promoción de la salud y la prevención primaria constituyen las medidas más efectivas, y las estrategias de control más coste-efectivas a corto, medio y largo plazo para disminuir la incidencia y la mortalidad del cáncer. Estas estrategias permiten no solo disminuir la aparición de nuevos casos, sino también reducir su impacto en la población mediante la modificación de factores de riesgo y la creación de entornos saludables.

La **promoción de la salud** es un proceso que empodera a las personas, comunidades y población en general en la gestión y control de su propia salud. Este enfoque no solo busca fortalecer las habilidades individuales para adoptar estilos de vida saludables, sino que también aborda los determinantes sociales, ambientales y económicos con el objetivo de optimizar su impacto positivo en la salud [71].

Por su parte, la **prevención primaria** se centra en la reducción de la exposición a factores de riesgo, disminuyendo la incidencia de la enfermedad. A nivel global, se estima que el 40-50 % de los casos de cáncer pueden potencialmente prevenirse reduciendo factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol, fomentando hábitos saludables como una alimentación equilibrada y la actividad física, y mediante estrategias preventivas basadas en la evidencia, como la vacunación [69, 70].

Dentro de la promoción de la salud se identifican dos enfoques complementarios. Por un lado, un enfoque de carácter individual, centrado en la persona, que fomenta la toma de conciencia y la autorresponsabilidad sobre los efectos del estilo de vida en la salud a lo largo de todas las etapas vitales. En segundo lugar, un enfoque más global y de carácter intersectorial que implica la **integración de la salud en todas las políticas públicas,** impulsando la creación de entornos saludables y el desarrollo de programas y estrategias públicas que contribuyan a la mejora de la salud de la ciudadanía en su conjunto.

En esta Área Prioritaria se aborda la prevención primaria del cáncer, considerando el alto potencial de reducción de nuevos diagnósticos mediante la aplicación efectiva de medidas preventivas. Estas incluyen las recomendaciones contenidas en el **Código Europeo Contra el Cáncer (CECC)** [74]. El CECC, aprobado por la Comisión Europea como instrumento básico de prevención (incluye también medidas de prevención secundaria como los cribados), ha sido elaborado a partir de la revisión de la evidencia disponible por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. La cuarta edición del CECC, publicada en 2014, consta de 12 recomendaciones que cada ciudadano puede tomar en consideración para contribuir a prevenir el cáncer y que, a su vez, requieren políticas y acciones colectivas que las apoyen (ver listado):

12 formas de reducir el riesgo de cáncer

01. No fumar ni consumir ningún tipo de tabaco ni cigarrillos electrónicos.

02. Crear hogares que sean espacios sin humo y apoyar las políticas antitabaco en los lugares de trabajo.

03. Mantener un peso saludable.

04. Realizar ejercicio a diario y reducir el tiempo que pasamos sentados.

05. Mantener una dieta saludable:

    a. Incrementar el consumo de cereales integrales, legumbres, frutas y verduras.

    b. Limitar los alimentos hipercalóricos (ricos en azúcar o grasas) y evitar las bebidas azucaradas.

    c. Evitar la carne procesada, limitar el consumo de carne roja y de alimentos con mucha sal.

06. Limitar el consumo de alcohol, aunque la mejor prevención para el cáncer es evitar su consumo.

07. Evitar la exposición excesiva al sol, especialmente en los niños. Usar protección solar y no utilizar cabinas de rayo UVA.

08. En el trabajo, protegerse de las sustancias cancerígenas cumpliendo las instrucciones de la normativa de protección de la salud y seguridad laboral.

09. Averiguar los niveles de exposición de radiación de radón en el hogar, y en su caso tomar medidas para reducirlos.

10. En el caso de las mujeres:

    a. Fomentar la lactancia materna.

    b. Limitar el tratamiento con Terapia Hormonal Sustitutiva.

11. Participar en programas de vacunación infantil contra la hepatitis B (recién nacidos) y el virus del papiloma humano.

12. Participar en los programas de cribado del cáncer: colorrectal (hombres y mujeres), de mama (mujeres), cervical (mujeres).

Como parte del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, se ha iniciado un proceso de actualización del CECC para reflejar los últimos avances científicos y mejorar la alfabetización en salud. El proyecto para desarrollar la quinta edición del CECC comenzó en 2022, con el objetivo de publicarla a lo largo de 2025. Esta nueva edición incluirá nuevas recomendaciones basadas en la evidencia científica para optimizar la prevención del cáncer y promover hábitos saludables.

6.3.2 Objetivos

Esta Área Prioritaria se despliega a través de los siguientes objetivos:

3.1 Implementar políticas generadoras de entornos saludables que faciliten la adopción de estilos de vida saludables, la reducción de la exposición a riesgos ambientales y sociales asociados al cáncer, y el fortalecimiento de las intervenciones preventivas.

3.2 Promover hábitos de vida saludables en relación con los factores de riesgo asociados al cáncer, teniendo en cuenta: las etapas de la vida, las desigualdades en salud y la perspectiva de género.

3.3 Proteger la salud de las personas trabajadoras mediante la reducción de la exposición a cancerígenos laborales y la promoción de entornos laborales saludables.

6.3.3 Acciones

Objetivo 3.1 *Implementar políticas generadoras de entornos saludables que faciliten la adopción de estilos de vida saludables, la reducción de la exposición a riesgos ambientales y sociales asociados al cáncer, y el fortalecimiento de las intervenciones preventivas.*

3.1.1 Ampliar la **Red de Espacios Libres de Humo y Aerosole**s tanto en número como en la tipología de éstos (campus universitarios, entornos de centros educativos, entornos de lugares de trabajo, etc.).

3.1.2 Impulsar la implantación de los **Servicios de Orientación a la Actividad Física (SOAF)** en los municipios de Euskadi.

3.1.3 Facilitar a la ciudadanía información y recomendaciones actualizadas a seguir sobre la exposición y los efectos de la contaminación atmosférica en colaboración con otros sectores para apoyar la consecución de los objetivos establecidos en el Plan de Calidad del Aire de Euskadi 2030.

3.1.4 Mantener la cobertura vacunal superior al 95% frente al VHB y VPH en niños, niñas y adolescentes de Euskadi, mediante la aplicación del programa de vacunación e inmunizaciones del Departamento de Salud, conforme a los calendarios establecidos.

3.1.5 Diseñar directrices para: (i) integrar criterios de salud y equidad en la planificación y ejecución de las **políticas públicas** (urbanismo, medio ambiente, vivienda...), y, (ii) para impulsar la evaluación del impacto en la salud de las distintas políticas, planes y programas.

Objetivo 3.2 *Promover hábitos de vida saludables en relación con los factores de riesgo asociados al cáncer, teniendo en cuenta: las etapas de la vida, las desigualdades en salud y la perspectiva de género.*

3.2.1 Promover la **recomendación de activos y consejos** de hábitos de vida saludables en Atención Primaria con el apoyo de la figura de enfermera comunitaria, incluyendo: la actividad física, alimentación, consumos de alcohol y tabaco+, teniendo en cuenta los activos de la comunidad (Euskadi Aktiboa) y el cuaderno comunitario de los centros de salud.

3.2.2 Desarrollar un programa de **alfabetización o sensibilizació**n (literacy), especialmente dirigida a niños, niñas, adolescentes y adultos jóvenes, en coordinación con Osasun Eskola, sobre los factores protectores y los factores de riesgo de cáncer, incluyendo acciones multinivel de divulgación y comunicación.

3.2.3 Fortalecer la estrategia **Euskadi libre de humo y aerosoles,** con especial énfasis en adolescentes y adultos jóvenes, mediante el refuerzo de la acción intersectorial e interinstitucional para contribuir al logro de una generación libre de tabaco+ para el año 2040. Las intervenciones se articulan en torno a los objetivos de: (i) evitar el inicio del consumo de tabaco, (ii) proteger del humo ajeno mediante la creación de espacios libres de humo, y, (iii) facilitar ayuda para el tratamiento del tabaquismo mejorando la difusión a la ciudadanía de los programas de cesación tabáquica.

3.2.4 Impulsar una **estrategia de desnormalización del consumo de alcohol** sostenible en el tiempo, según establece el Plan de Adicciones, que incorpore información sobre los riesgos e intervenciones para disminuir su aceptación social y proteger a los y las menores de la publicidad encubierta.

3.2.5 Diseñar y difundir **campañas de promoción de la actividad física y disminución del sedentarismo** como hábito de vida cotidiano, destinado a prevenir diferentes tipos de cáncer y a mejorar la recuperación y calidad de vida de los y las pacientes con cáncer.

3.2.6 Apoyar la adopción de una **dieta saludable** y sostenible mediante: campañas de información, y vigilancia nutricional de menús escolares.

3.2.7. Diseñar y realizar campañas informativas y de sensibilización para: (i) una protección adecuada frente a las **radiaciones solares** (con especial énfasis en menores y personas trabajadoras expuestas), y para, (ii) reducir el uso de cabinas de rayos UVA.

Objetivo 3.3 *Proteger la salud de las personas trabajadoras mediante la reducción de la exposición a cancerígenos laborales y la promoción de entornos laborales saludables.*

3.3.1 Reducir la exposición a cancerígenos laborales como el amianto, polvo de madera, sílice y otros que se puedan derivar de la Agenda Nacional de Cáncer Laboral. Identificar y evaluar productos que incorporan agentes cancerígenos y establecer medidas preventivas.

3.3.2 Impulsar el programa **empresas saludables.**

6.4 Detección precoz del cáncer

6.4.1 Marco Conceptual



La detección precoz del cáncer (prevención secundaria) consiste en detectar de forma precoz la enfermedad, a través de circuitos de diagnóstico rápido en pacientes sintomáticos y mediante programas de cribado poblacionales en personas asintomáticas. Está demostrado que las tasas de supervivencia son significativamente más altas cuando el cáncer se detecta en estadios iniciales y se trata de manera adecuada, en comparación con aquellos casos diagnosticados en fases avanzadas [75].

El mayor avance durante los últimos años se ha logrado con los programas poblacionales de cribado, dirigidos a personas con riesgo medio en determinados tipos de cáncer como mama, colorrectal y cérvix. En diciembre de 2022 se publicaron las Recomendaciones del Consejo Europeo relativas a la mejora de la prevención mediante la detección precoz con un nuevo enfoque de la Unión Europea para el cribado del cáncer en sustitución de las publicadas en 2003 [11]. Estas recomendaciones, junto con las Iniciativas de la Comisión Europea en cribado de cáncer, tienen como principal objetivo la homogeneización a nivel europeo de los programas poblacionales de cribado del cáncer de mama, colorrectal y cérvix [76]. Así mismo, pretenden fomentar, la evaluación de la idoneidad de implementar nuevos programas poblacionales para el cribado del cáncer de próstata, pulmón o gástrico teniendo en cuenta los datos epidemiológicos locales.

Así mismo, con el objetivo de reducir las desigualdades en salud, es necesario analizar las barreras y facilitadores relacionadas con el fomento de la participación en los programas de cribado poblacionales prestando especial atención a las personas con dificultades para el acceso a los servicios sanitarios, y más específicamente, a los colectivos en situación de vulnerabilidad, como, por ejemplo, las personas con discapacidad, minorías étnicas o los colectivos de bajo nivel socioeconómico.

Además del cribado poblacional, es crucial reforzar los programas de vigilancia y seguimiento dirigidos a personas con mayor riesgo. Se estima que entre el 5 % y el 10 % de los tumores sólidos y neoplasias hematológicas diagnosticadas son de tipo hereditario. Los síndromes de cáncer hereditario más frecuentes son el Síndrome de Cáncer de Mama y Ovario Hereditario y el Síndrome de Lynch [72]. En 2014, se incluyó en la cartera de servicios del SNS la atención a los pacientes y familiares en el área de genética que comprende el consejo genético y los análisis genéticos [58].

En conclusión, el fortalecimiento de la detección precoz del cáncer requiere una estrategia integral que combine la actualización de los cribados siguiendo las recomendaciones europeas con la equidad en el acceso, el seguimiento riguroso de los resultados y la atención a las poblaciones con mayor riesgo. La implementación de estas acciones contribuirá significativamente a la reducción de la mortalidad, el diagnóstico en estadios más tempranos y la mejora de la calidad de vida de la población.

6.4.2 Objetivos

Esta Área Prioritaria se despliega a través de los siguientes objetivos:

4.1 Adecuar el abordaje de la prevención secundaria siguiendo las recomendaciones europeas y la evidencia científica.

4.2 Aumentar la participación en los cribados poblacionales y disminuir las desigualdades.

4.3 Conocer los resultados de los cribados en cuanto a su impacto en la incidencia y mortalidad, así como sus beneficios y efectos adversos.

4.4 Asegurar el acceso de las personas con criterios de riesgo aumentado a programas de vigilancia y seguimiento: cáncer hereditario, antecedentes familiares y exposición laboral.

6.4.3 Acciones

Objetivo 4.1 *Adecuar el abordaje de la prevención secundaria siguiendo las recomendaciones europeas y la evidencia científica.*

4.1.1 Evaluar la viabilidad de implantar las nuevas recomendaciones en los cribados existentes.

4.1.2 Participar en proyectos europeos de cribados para generar nueva evidencia y mantener los criterios actualizados.

Objetivo 4.2 *Aumentar la participación en los cribados poblacionales y disminuir las desigualdades.*

4.2.1 Establecer e implantar una **sistemática de actualización del censo de población diana** de los cribados de cáncer de mama, colorrectal y cérvix anualmente, cruzando para ello con los datos de población residente teniendo como fuente Eustat.

4.2.2 Estudiar los motivos o razones de la no participación y diseñar e implementar intervenciones en colectivos no participantes, realizando acciones conjuntas con UPV/EHU, Asociaciones de pacientes, representantes de colectivos específicos y profesionales.

4.2.3 Incorporar **la prueba del VPH mediante autotoma en el cribado de cáncer de cérvix.**

4.2.4 Abordar **campañas de comunicación dirigidas a aumentar la participación de la población en los cribados poblacionales,** utilizando tanto las redes sociales, como los medios de comunicación tradicionales para garantizar la llegada equitativa a todos los colectivos.

Objetivo 4.3 *Conocer los resultados de los cribados en cuanto a su impacto en la incidencia y mortalidad, así como sus beneficios y efectos adversos.*

4.3.1 Definir e implantar una **sistemática para la evaluación de todo el proceso de cribado** siguiendo las Guías de Práctica Clínica y la propuesta de la European Cancer Information System.

4.3.2 Realizar s**imulaciones de incidencia, mortalidad y análisis de coste-efectividad de los cribados establecidos y los propuestos por la UE** para pilotaje.

Objetivo 4.4 *Asegurar el acceso de las personas con criterios de riesgo aumentado a programas de vigilancia y seguimiento: cáncer hereditario, antecedentes familiares y exposición laboral.*

4.4.1 Diseñar, estandarizar y difundir el circuito de acceso a las consultas de alto riesgo, incluyendo el cáncer hereditario, en especialidades determinadas como una consulta específica, en la que sean valorados estos pacientes y se sigan los criterios de cribado y seguimiento recomendados según tipo de tumor.

4.4.2 Desarrollo y actualización de guías de vigilancia de la salud para la detección precoz de cáncer asociado a la exposición a diversos cancerígenos laborales: respiratorio y dermatológico.

4.4.3 Desplegar programas para formar, sensibilizar y difundir el conocimiento sobre cáncer laboral dirigido a profesionales que atienden esta población en Osakidetza.

6.5 Atención integral

6.5.1 Marco Conceptual



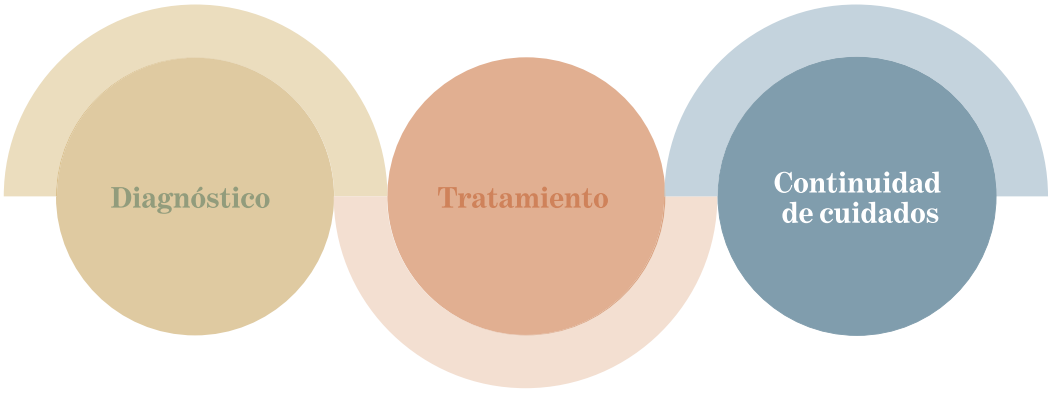
Uno de los principios del POIE consiste en el **abordaje integral e integrado** del cáncer en todo su proceso desde el diagnóstico hasta el seguimiento de los largos supervivientes o el final de la vida, con una atención oncológica avanzada y un modelo asistencial que lo facilite.

La atención integral hace referencia a una visión completa del proceso de la enfermedad, mientras que su carácter integrado enfatiza la coordinación eficiente entre los diferentes agentes involucrados en cada fase del proceso oncológico. Esto incluye la optimización de todos los recursos disponibles en el sistema de salud (humanos, financieros, técnicos, organizativos, clínicos y sociosanitarios) con el objetivo de garantizar una **atención centrada en la persona paciente y su entorno, abordando las distintas necesidades a lo largo del curso de la enfermedad.**

La **atención integral** incluye tanto aspectos sanitarios como no sanitarios, asegurando un diagnóstico temprano, la aplicación de terapias innovadoras y tratamientos personalizados, así como cuidados de calidad en cada fase del proceso asistencial. Es por ello, que no debe olvidarse la integración de los nuevos avances, como los vinculados a la **Medicina de Precisión Personalizada, la Inteligencia Artificial, la digitalización y la telemedicina,** a la vez que se atienden otras necesidades esenciales de los y las pacientes y sus acompañantes.

Además, esta atención integral debe también enfocarse en el abordaje a la lucha de **cánceres raros, de mal pronóstico y/o baja supervivencia,** así como, en las necesidades derivadas de los **colectivos específicos** (niños y niñas, adolescentes y adulto joven, personas en situación de vulnerabilidad...). La atención integral debe velar igualmente por la **equidad de acceso a los tratamientos, los resultados en salud como determinante de la toma de decisiones basadas en valor, la toma de decisiones compartida, la comunicación con los y las pacientes y su entorno, y la coordinación de todos los agentes que intervienen en el proceso oncológico, las terapias más avanzadas y los cuidados más generales.**

Tal y como se recoge en el esquema, la atención integral se estructura en las siguientes fases:



• Diagnóstico:

La morbimortalidad por cáncer está directamente relacionada con el estadio en el momento del diagnóstico. Por ello, el diagnóstico precoz es clave para aumentar las posibilidades de curación. Minimizar el tiempo que transcurre desde la sospecha de la enfermedad hasta el inicio del tratamiento es un objetivo prioritario, y para lograrlo, es fundamental una coordinación eficiente entre todos los agentes que intervienen en el proceso diagnóstico. El nuevo POIE refuerza esta línea de trabajo, con un enfoque centrado en la mejora de los tiempos y la precisión del diagnóstico. Para ello, se consolidarán y ampliarán herramientas clave como el diagnóstico biológico, radiológico y la Medicina de Precisión Personalizada, junto con la incorporación de los avances tecnológicos más recientes. Asimismo, se continuará impulsando el desarrollo de circuitos de diagnóstico rápido, promoviendo su extensión y estandarización para un mayor número de tipos de cáncer. Entre ellos, el modelo Minbizi ha servido de referencia, al incorporar figuras de enfermería que acompañan, valoran y facilitan el acceso al sistema.

No obstante, se reconoce que su implementación ha sido desigual, y por ello se trabajará en asegurar una aplicación más homogénea en el conjunto de Osakidetza.

• Tratamiento:

Es una necesidad continua, innovar en las terapias quirúrgicas, médicas o radioterápicas y, con ello, mejorar el pronóstico de los pacientes. Para ello se debe avanzar en la implantación de distintos tipos de terapias avanzadas, de precisión, celulares, biológicas, protonterapia... y su incorporación en la Cartera de Servicios. Es fundamental el acceso universal y equitativo a todos los tipos de tratamiento, al tiempo que se asegure la adecuada especialización y experiencia de los equipos profesionales que administren estas terapias.

• Continuidad de los cuidados:

Implica la identificación de las necesidades de cuidados de la persona con cáncer y de su entorno en todas las fases del proceso (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cronicidad y fin de vida) aplicando un enfoque holístico de la persona. Estas necesidades de cuidados integran cuestiones como: la habilitación pre y post quirúrgica, la rehabilitación, la alimentación, la actividad física, el apoyo psico-social, los cuidados paliativos... La coordinación de todos los agentes que intervienen en el proceso oncológico tanto sanitarios (Atención Primaria, hospitales, hospitalización domiciliaria, unidades de cuidados paliativos...) como no sanitarios (servicios sociales, psicólogos, orientadores de actividad física, orientadores educativos...) es un elemento clave para garantizar esta continuidad de los cuidados. En relación con las personas supervivientes que, tras cumplir un plan de tratamiento clínico, retoman su actividad y salen del circuito hospitalario resulta especialmente relevante atender las necesidades específicas que afectan su calidad de vida (efectos secundarios de los tratamientos, estado físico y emocional, etc.) [73, 74].

6.5.2 Objetivos

Esta Área Prioritaria se despliega a través de los siguientes objetivos:

DIAGNÓSTICO

5.1 Reducir los tiempos de espera en el diagnóstico oncológico mediante personal especializado y tecnologías avanzadas, asegurando la detección rápida y el diagnóstico preciso de las patologías.

5.2 Consolidar la implementación de la Medicina de Precisión Personalizada como estándar en el diagnóstico oncológico, basándose en datos genómicos, biomarcadores y guías actualizadas.

TRATAMIENTO

5.3 Garantizar el acceso equitativo, efectivo y sostenible a los tratamientos y medicamentos disponibles en el sistema sanitario público, evitando la variabilidad no justificada y asegurando que las decisiones terapéuticas se basen en el valor clínico, la evidencia científica y el consenso de equipos multidisciplinares, con el fin de mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de los y las pacientes.

5.4 Optimizar el acceso efectivo, equitativo y sostenible a tratamientos innovadores.

5.5 Mejorar los resultados en salud en pacientes concentrando los procesos quirúrgicos de alta complejidad y baja prevalencia, conforme a estándares reconocidos.

CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

5.6 Asegurar que la persona paciente cuente con los cuidados y recursos necesarios en base a una evaluación funcional ejecutada en cada una de las fases (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cronicidad, fin de vida) para afrontar la enfermedad y la toma de decisiones clínicas informadas.

5.7 Optimizar el soporte de cuidados paliativos dentro del proceso asistencial del cáncer.

5.8 Mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales que intervienen en el proceso oncológico a través de una comunicación ágil y bidireccional entre las personas profesionales tanto del ámbito sanitario como social y educativo con la adaptación de las herramientas digitales.

5.9 Ofrecer tanto a las personas profesionales del ámbito de Osakidetza como a las personas pacientes, su entorno y a la comunidad, formación específica en el ámbito de los cuidados que incida en la mejora de la calidad de vida en todas las fases del proceso.

6.5.3 Acciones

DIAGNÓSTICO

Objetivo 5.1 *Reducir los tiempos de espera en el diagnóstico oncológico mediante personal especializado y tecnologías avanzadas, asegurando la detección rápida y el diagnóstico preciso de las patologías.*

5.1.1 Determinar los cánceres en los que disponer de **circuitos de diagnóstico rápido con modelo MINBIZI** proporcionan un mayor beneficio, analizar la situación actual en relación con su implantación y elaborar un plan de acción, con las medidas correctoras necesarias, para extenderlo de manera homogénea en todas las OSIS.

5.1.2 Estandarizar los circuitos de diagnóstico rápido con una estructura uniforme que incluya protocolos actualizados, procedimientos de acceso, atención, seguimiento y comunicación.

5.1.3 Armonizar y estandarizar los tiempos de respuesta para pruebas diagnósticas en cada tipo de tumor y con el resto de los actores del proceso oncológico.

5.1.4 Implementar mecanismos de mejora para la valoración de imágenes diagnosticas con el objeto de reducir los diagnósticos tardíos. Esto incluye: **herramientas de IA en cribados y diagnóstico, que optimicen la estratificación y lectura de las imágenes** con el objeto de reducir los diagnósticos tardíos.

5.1.5 Centralizar y fortalecer los laboratorios de referencia dotados con tecnologías de alto rendimiento y definir los circuitos asistenciales para garantizar: (i) el trabajo en red con el resto de los hospitales y OSIs. y; (ii) que todas las personas pacientes tengan acceso a un diagnóstico de calidad basado en las últimas tecnologías.

5.1.6 Ordenar los **circuitos de derivación de muestras** a los centros de referencia y asegurar su trazabilidad.

5.1.7 Fomentar el trabajo en red y colaborativo de las personas profesionales entre las distintas OSIs y con otros centros expertos.

5.1.8 Mejorar la formación en la identificación temprana de síntomas y sospechas, de los y las profesionales de atención primaria, urgencias, neumología, ... y otros servicios implicados, teniendo en cuenta la evidencia científica relacionada con las diferencias de sexo, con el fin de optimizar el diagnóstico precoz y la derivación adecuada.

Objetivo 5.2 *Consolidar la implementación de la Medicina de Precisión Personalizada como estándar en el diagnóstico oncológico, basándose en datos genómicos, biomarcadores y guías actualizadas.*

5.2.1 Extender el uso de la **anatomía patológica digital** ya que facilita: (i) el trabajo en red de los profesionales, (ii) la correcta codificación de las muestras y (iii) el fomento de unidades de referencia diagnóstica en determinados cánceres.

5.2.2 Avanzar en el **acceso universal de todas las personas pacientes con cáncer a la Medicina de Precisión Personalizada**.

5.2.3 Impartir **formación continuada** a los y las profesionales de las unidades diagnósticas para **facilitar la implantación rápida de las nuevas tecnologías.**

TRATAMIENTO

Objetivo 5.3 *Garantizar el acceso equitativo, efectivo y sostenible a los tratamientos y medicamentos disponibles en el sistema sanitario público, evitando la variabilidad no justificada y asegurando que las decisiones terapéuticas se basen en el valor clínico, la evidencia científica y el consenso de equipos multidisciplinares, con el fin de mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de los y las pacientes.*

5.3.1 Revisar el proceso de priorización de terapias farmacológicas para mejorar la operatividad y dar agilidad en el proceso.

5.3.2 Optimizar la gestión **operativa y administrativa** para lograr procesos terapéuticos eficientes y sostenibles, aplicando mejores y más innovadores tratamientos.

5.3.3 Disponer de **equipos multidisciplinares referentes en la fase terapéutica** de forma que los pacientes los identifiquen con claridad y se sientan apoyados y acompañados en todo el proceso.

5.3.4 Analizar y gestionar la **necesidad de tecnología y recursos en las organizaciones con una visión de acceso equitativo, capacitación profesional de los equipos y óptima utilización de recursos.**

5.3.5 Implementar **procedimientos y recursos técnicos y humanos para ofrecer y evolucionar la administración domiciliaria de tratamiento y en hospital de día,** asegurando la equidad y accesibilidad y garantizando la seguridad del paciente, especialmente para determinados colectivos en situación de vulnerabilidad como: niños, niñas y adolescentes, personas mayores...

5.3.6 Crear **protocolos y circuitos específicos para el tratamiento de tumores raros y/o complejos, asegurando el acceso a centros de referencia, equipos multidisciplinares, y a ensayos clínicos y tratamientos personalizados.**

5.3.7 Implantar la **evaluación continua y multidisciplinar de resultados terapéuticos,** asegurando que esta evaluación permita personalizar y optimizar los tratamientos, mejorando tanto la eficacia clínica como la eficiencia en la gestión de recursos, y considerando, entre otros factores, la evidencia científica sobre las diferencias de sexo en la respuesta a los tratamientos.

Objective 5.4 *Optimizar el acceso efectivo, equitativo y sostenible a tratamientos innovadores.*

5.4.1 Desarrollar e implementar un proceso de innovación y renovación tecnológica, garantizando la incorporación periódica de dispositivos y tecnologías basadas en la evidencia científica y la rentabilidad clínica.

5.4.2 Asegurar el acceso a ensayos clínicos y, en general, a tratamientos en el ámbito de la investigación, especialmente en niños, niñas y adolescentes, garantizando que los pacientes puedan beneficiarse de manera equitativa de terapias avanzadas y experimentales, con una adecuada gestión y seguimiento.

5.4.3 Lograr la implantación efectiva de la Protonterapia. Para ello será necesario identificar adecuadamente los hitos, la capacitación de los profesionales, el diseño de circuitos y el establecimiento de la Comisión de decisión clínica, diseñando y desplegando un Plan Operativo Funcional que asegure su puesta en marcha en los plazos establecidos, con las medidas de seguridad y calidad adecuadas y con el alcance necesario para los pacientes que lo precisen en su ámbito de referencia.

Objetivo 5.5 *Mejorar los resultados en salud en pacientes concentrando los procesos quirúrgicos de alta complejidad y baja prevalencia, conforme a estándares reconocidos.*

5.5.1 Especificar los **procesos quirúrgicos que requieren ser centralizados** por su alta complejidad y baja prevalencia, bajo un modelo consensuado, teniendo en cuenta para ello criterios recogidos entre otros, en las guías clínicas, así como los requisitos técnicos y las capacitaciones humanas necesarias.

5.5.2 Elaborar y desplegar el **Plan de Implantación** necesario para la **centralización derivada de la acción anterior:** dotación de estructura, flujos de pacientes...

CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Objetivo 5.6 Asegurar que la persona paciente cuente con los cuidados y recursos necesarios en base a una evaluación funcional ejecutada en cada una de las fases (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cronicidad, fin de vida) para afrontar la enfermedad y la toma de decisiones clínicas informadas.

5.6.1 Potenciar y reforzar la atención en el hogar y los cuidados comunitarios, cuando es la preferencia del/a paciente y sus cuidadores, y pertinente desde el punto de vista clínico, con especial consideración al colectivo de pacientes pediátricos, mayores o vulnerables.

5.6.2 Ampliar del número de consultas de prehabilitación quirúrgica oncológica dentro del proceso peri-operatorio con acciones proactivas, de tal manera que las recomendaciones se adaptan y se integran en todas las fases antes, durante y después de la intervención quirúrgica. Estas recomendaciones pueden ir referidas al: abordaje nutricional, ejercicio físico y respiratorio, control de la anemia, apoyo emocional, abandono de hábitos tóxicos (tabaco, alcohol...) u otras.

5.6.3 Integrar la rehabilitación en las personas con cáncer especialmente cuando requieran de ingresos hospitalarios, con la participación del especialista en fisioterapia y la dotación de apoyo material especializado.

5.6.4 Potenciar la **rehabilitación a los y las pacientes pediátricos que presenten problemas a nivel motor, cognitivo o funcional** para intentar que alcancen su máximo potencial de desarrollo físico, integración socio-educativa e incorporación a las actividades habituales de la vida **en cada etapa pediátrica.**

5.6.5 Avanzar en la implementación progresiva de **programas de ejercicio físico individualizados** y adaptados a la situación de cada una de las personas pacientes, mejorando la **coordinación entre las Unidades de Atención Primaria y los SOAF** (Servicio de Orientación de Actividad Física) y desarrollando otros recursos alternativos para aquellos pacientes que se encuentran en fases activas de la enfermedad con tratamientos tóxicos u otro tipo de problemáticas que dificultan su derivación al SOAF.

5.6.6 Facilitar la **valoración por el especialista de nutrición-endocrino para reducir la prevalencia de la desnutrición** en relación con el proceso oncológico priorizando la misma para las personas pacientes hospitalizadas.

5.6.7 Facilitar la **derivación a las unidades especializadas en preservación de la fertilidad** a las personas con diagnóstico de cáncer que sean candidatas a este procedimiento, garantizando un acceso igualitario a ambos géneros y con especial atención al colectivo de AYAs

5.6.8 Fomentar la **vacunación preventiva recomendada en pacientes oncológicos** preferiblemente antes de iniciar el tratamiento oncológico: herpes de zóster, tétanos, neumococo, antigripal.

Objetivo 5.7 *Optimizar el soporte de cuidados paliativos dentro del proceso asistencial del cáncer.*

5.7.1 Codificar en el diagnóstico de los Cuidados Paliativos y activar la alarma de cuidados paliativos de manera precoz cuando la orientación del tratamiento desde el equipo multidisciplinar sea de carácter paliativo. Adaptar la herramienta para que dicha alarma notifique las particularidades de cada paciente.

5.7.2 Definir con la persona paciente el plan de final de vida, ofreciéndole información sobre: cuidados paliativos, eutanasia, toma decisiones compartidas, documentos voluntades anticipadas para facilitar la planificación anticipada de decisiones.

5.7.3 Homogeneizar y estandarizar los documentos de voluntades anticipadas y de planificación anticipada de decisiones.

Objetivo 5.8 *Mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales que intervienen en el proceso oncológico a través de una comunicación ágil y bidireccional entre las personas profesionales tanto del ámbito sanitario como social con la adaptación de las herramientas digitales.*

5.8.1 Visualizar en el panel clínico del profesional de Atención Primaria la población diana de pacientes con un proceso oncológico activo.

5.8.2 Garantizar que los **informes de alta integran tanto la parte de enfermería como de facultativos,** de forma que recopilen todos los aspectos a tener en cuenta para el seguimiento del paciente en atención primaria con especial atención en la detección precoz de complicaciones y recaídas.

5.8.3 Realizar el Plan Individualizado de Atención (PIA) con las personas pacientes y mantenerlo actualizado. Se le entregará en mano y deberá incluir, al menos, los tratamientos recibidos, posibles efectos secundarios a medio y largo plazo y las toxicidades que hayan podido surgir durante el tratamiento, secuelas, plan de cuidados, atención psicológica. El PIA debe ser un documento dinámico que se ajuste a las necesidades de la persona paciente en cada fase del proceso oncológico.

5.8.4 Generar canales de comunicación y coordinación con los profesionales sanitarios que intervienen en las rutas asistenciales (enfermeras minbizi, facultativo y atención primaria) **y los no sanitarios** (sociosanitario, educación, empleo, asociaciones...) que intervienen o pueden dar apoyo en el proceso oncológico.

5.8.5 Avanzar en **el acceso de los y las profesionales de los servicios sociales a la Historia Clínica Electrónica** mediante la obtención del Consentimiento Informado, para que puedan introducir las actuaciones realizadas con cada una de las personas pacientes.

Objetivo 5.9 *Ofrecer tanto a las personas profesionales del ámbito de Osakidetza como a las personas pacientes, su entorno y a la comunidad, formación específica en el ámbito de los cuidados que incida en la mejora de la calidad de vida en todas las fases del proceso.*

5.9.1 Ofrecer **formación** a todos los profesionales sanitarios en **temáticas específicas del proceso oncológic**o que precisan de mayor difusión (efectos secundarios del cáncer, abordaje holístico del dolor, actividad física, nutrición, cuidados paliativos, sedación paliativa, ayuda a morir...)

5.9.2 Ofrecer **información, foros y links seguros en Internet** a los pacientes oncológicos respecto **el dolor, signos de toxicidad del tratamiento, y la identificación de signos de recurrencia para mejorar su detección y tratamiento precoz.**

6.6 Resultados en salud, sistemas de registro, información y vigilancia

6.6.1 Marco Conceptual



La Organización Mundial de la Salud, define los resultados en salud (outcomes) como los **cambios en el estado de salud de un individuo, de un grupo de individuos o de una población, atribuibles a una intervención o serie de intervenciones**

Todas las actuaciones definidas en el POIE deben ir orientadas a mejorar los resultados en salud. Se considera una atención oncológica eficiente aquella que tiene los mejores resultados en salud basándose en los recursos humanos, financieros, de infraestructura o tecnológicas disponibles y mantiene el foco en aquello que más importa a los pacientes y a la propia sociedad [75, 76].

Los resultados en salud pueden medirse a través de un conjunto de indicadores integrando 5 ámbitos de análisis diferenciados:

- Resultados epidemiológicos: factores de riesgo, equidad, incidencia, supervivencia, mortalidad...
- Resultados clínicos.
- Gestión sanitaría: calidad asistencial, desempeño de los servicios y del sistema sanitario.
- Valor: eficiencia e impacto de la inversión realizada en relación con los resultados en salud obtenidos.
- Resultados en humanización: calidad de vida, nivel de satisfacción, preferencias de los pacientes...

En la medición de estos resultados de salud adquieren especial relevancia los sistemas de registro y de información, así como los recursos disponibles, humanos y tecnológicos, para **el análisis y explotación de datos y la gobernanza del dato** (cómo se obtiene el dato, quién es la entidad/persona responsable de su suministro, la claridad del proceso de registro, así como la arquitectura y la integración de sistemas para generar la explotación de la información...). Todos ellos juegan un papel clave en esta Área Prioritaria.

En relación con el Registro de Cáncer, ya el anterior POE lo enfocaba hacia el logro de un **modelo de registro de cáncer** que permitiera el análisis en tiempo real de la información disponible. Se trata de un objetivo que sigue estando en vigor en la actualidad y se deberá abordar también en este nuevo Plan. Todo esto, además, debe ir acorde al marco legal desarrollado en los últimos años para el Espacio Europeo de Datos de Salud (European Health Data Space – EHDS)[81]. Se entiende que un mejor uso del dato en el entorno del EHDS contribuirá a un acceso más equitativo a una atención sanitaria de alta calidad, así como a la innovación terapéutica y digital, mejorando los resultados en salud en toda la Unión Europea. Sin embargo, la implementación del EHDS es un reto en sí, pero al mismo tiempo, una oportunidad para continuar trabajando en aspectos legales, las estructuras de gobernanza del dato, capacidad y habilidades técnicas o el uso secundario de los datos.

6.6.2 Objetivos

Esta Área Prioritaria se despliega a través de los siguientes objetivos:

6.1 Disponer de un Modelo de Gestión basado en aportar valor a los y las pacientes de cáncer y a la población en general, enfocado en mejorar la salud, el bienestar integral y fomentando la prevención, la seguridad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario.

6.2 Contar con un Sistema de Información en cáncer robusto, que cumpla con los estándares que establece el Espacio Europeo de Datos.

6.3 Establecer un modelo para la toma de decisiones que permita evaluar el impacto en salud de las diversas intervenciones a nivel macro, meso y micro, así como la rendición de cuentas a la sociedad. Dicho modelo ayudará en el uso de datos objetivos para la gestión de la cartera de servicios, promoverá la financiación y el pago basado en valor, facilitando así el acceso sostenible a nuevas terapias y tecnologías sanitarias, necesarias para la salud.

6.6.3 Acciones

Objetivo 6.1 *Disponer de un Modelo de Gestión basado en aportar valor a los y las pacientes de cáncer y a la población en general, enfocado en mejorar la salud, el bienestar integral y fomentando la prevención, la seguridad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario.*

6.1.1 Definir y consensuar, con visión corporativa, el **concepto de resultados en salud en cáncer** para las diferentes patologías oncológicas y colectivos específicos.

6.1.2 Desarrollar **cuadros de mando corporativos para medir la prevalencia e incidencia y los resultados en salud en procesos oncológicos,** diferenciados por sexo, que permitan la evaluación y la comparabilidad en términos de efectividad clínica, supervivencia y complicaciones (CROM), calidad de vida, estado funcional de la enfermedad (PROM), experiencia de paciente (PREM), y su evolución temporal.

6.1.3 Implantar un sistema de medición de los costes asistenciales asociados al proceso, permitiendo evaluar el impacto económico de las actuaciones, programas y tecnologías, con el fin de valorar su contribución al sistema sanitario en términos de sostenibilidad y valor aportado a los/las pacientes.

6.1.4 Formar a los profesionales sanitarios en la medición de los resultados en salud.

Objetivo 6.2 *Contar con un Sistema de Información en cáncer robusto, que cumpla con los estándares que establece el Espacio Europeo de Datos.*

6.2.1 Identificar e integrar las fuentes para la recopilación de datos sobre procesos oncológicos, evitando generar registros duplicados y aprovechando la automatización de la entrada de datos: Osabide Global, Onkobide, Oncología radioterápica, Registro poblacional de cáncer, formulario MINBIZI, Biobanco, datos de investigación...

6.2.2 Facilitar y automatizar cuando sea posible la recopilación de la información allí donde se genera: Profesionales, formularios sencillos adaptados a sus necesidades, registros de actividad; Pacientes: Optimizar registros de encuestas integradas en carpeta de salud y accesibles desde tablets; sistematizar auditorías del dato... al objeto de **garantizar la calidad del dato.**

6.2.3 Estandarizar los procedimientos y los diagnósticos de Anatomía patológica (Libro Blanco) y SNOMED, siguiendo las Guías de Práctica Clínica y la nomenclatura actualizada en la red de Osakidetza.

6.2.4 Unificar el registro poblacional de cáncer con el registro hospitalario de cáncer, preservando la función y utilidad de cada uno de ellos, de manera que continúen dando respuesta a los objetivos específicos de los mismos.

6.2.5 Potenciar la **colaboración del Registro del Cáncer de Euskadi con registros nacionales e internacionales en cáncer infantil y otro tipo de tumores.**

6.2.6 Disponer de plataformas dinámicas y accesibles: Desarrollar paneles de mando para visualizar datos clínicos, tratamientos farmacológicos, administrativos y financieros en tiempo real, facilitando la toma de decisiones para profesionales y gestores.

6.2.7 Incorporar herramientas digitales para la monitorización remota de síntomas y calidad de vida (apps móviles, dispositivos wearables), reportadas por pacientes.

6.2.8 Implementar la ciberseguridad avanzada: Adoptar normativas internacionales (como el Reglamento General de Protección de Datos) y **colaborar en el intercambio de datos y su** estandarización con un sistema de **ciberseguridad avanzada.** Establecer acuerdos con agentes externos para un intercambio seguro y eficiente de datos dentro de marcos legales y éticos.

Objetivo 6.3 *Establecer un modelo para la toma de decisiones que permita evaluar el impacto en salud de las diversas intervenciones a nivel macro, meso y micro, así como la rendición de cuentas a la sociedad. Dicho modelo ayudará en el uso de datos objetivos para la gestión de la cartera de servicios, promoverá la financiación y el pago basado en valor, facilitando así el acceso sostenible a nuevas terapias y tecnologías sanitarias, necesarias para la salud.*

6.3.1 Desarrollar una **metodología para la evaluación y la mejora de los procesos asistenciales oncológicos.**

6.3.2 Contar con **políticas públicas en cáncer transparentes y que rindan cuentas a la ciudadanía** sobre: I) Los resultados en salud de los planes para la prevención, atención e investigación del cáncer; II) El cumplimiento de la equidad e igualdad de oportunidades para hacer frente al cáncer...iii) Impulsar un registro de datos e indicadores de carácter público y con publicación anual del informe de datos de cáncer en Euskadi.

6.3.3 Desarrollar una **metodología que permita avanzar en la financiación** en base a resultados en valor en el marco del **Contrato Programa.**

6.3.4 Incorporar **herramientas con tecnología avanzada (IA, análisis predictivo...)** con el objetivo de anticipar resultados clínicos y optimizar los tratamientos.

6.7 Investigación e innovación

6.7.1 Marco Conceptual



La investigación y la innovación desempeñan un papel clave en el desarrollo sanitario y económico de un país, existiendo una relación directa entre la inversión en I+D+i y el progreso medido en términos de PIB.

En el ámbito oncológico, es fundamental integrar los avances científicos en la práctica clínica, fomentando un enfoque traslacional que transforme los resultados de la investigación en mejoras concretas en prevención, diagnóstico, tratamiento y calidad de vida de las personas con cáncer.

En Euskadi, la investigación en cáncer es una de las prioridades de los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) - Bioaraba, Biobizkaia, Biogipuzkoa y Biosistemak -, en coordinación con su entidad corporativa, la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF). La investigación en cáncer en el Sistema Sanitario de Euskadi **cubre todo el espectro,** desde prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento o mejora de la calidad de vida de las personas pacientes. En 2023, los 32 grupos de investigación especializados en oncología obtuvieron más de 15 millones de euros en financiación externa y llevaron a cabo 577 proyectos, representando el 28 % del total de investigaciones. En los últimos cinco años, se han publicado más de 800 estudios sobre cáncer.

Además de los IIS, **el ecosistema vasco de investigación e innovación en salud** cuenta también con otros centros de investigación y universidades donde también se trabaja en el área oncológica, y cuya colaboración resulta esencial para potenciar el impacto de los avances científicos.

La apuesta por la **investigación en Medicina de Precisión Personalizada y Terapias Avanzadas aplicadas a cáncer** es clara. Ambas disciplinas como áreas de especialización de la Estrategia de investigación e innovación en Salud [63] y como áreas priorizadas en el PCTI2030 [13], han ayudado a fomentar la investigación en cáncer en los últimos años. Más allá de la investigación Biomédica, que resulta fundamental, destaca la necesidad de impulsar la investigación desde otros ámbitos que permitan identificar necesidades de las personas con el fin de mejorar su calidad de vida antes, durante y después de los tratamientos oncológicos.

Durante el horizonte temporal del POIE se van a producir avances importantes en el ámbito de la investigación y la innovación del cáncer, tanto a nivel europeo como internacional, y es importante que Euskadi esté alineada y se encuentre posicionada para estar a la cabeza de las nuevas técnicas de diagnóstico, tratamientos, y avances científicos y de investigación que se produzcan. El POIE va a ser la referencia para establecer los criterios de priorización y las materias que deben ser objeto de investigación e innovación en su periodo de vigencia.

6.7.2 Objetivos

Esta Área Prioritaria se despliega a través de los siguientes objetivos:

7.1 Promover y potenciar la investigación e innovación en cáncer, con un enfoque integral y colaborativo, aprovechando las fortalezas del ecosistema vasco de salud e impulsando el posicionamiento de Euskadi y sus capacidades en el ámbito internacional con un compromiso claro hacia la mejora de la atención a los pacientes y la ciudadanía.

7.2 Impulsar la integración entre la práctica clínica, la investigación y la innovación, poniendo en valor la investigación traslacional y la implementación efectiva de soluciones que optimicen los resultados en salud.

7.3 Utilizar todo el potencial del ecosistema de investigación e innovación en cáncer, incluyendo a todos los agentes que abordan la I+D+i en cáncer, públicos y privados, gubernamentales y no gubernamentales potenciando el posicionamiento de Euskadi a nivel internacional.

7.4 Fomentar la participación de la ciudadanía en la investigación, innovación y evaluación.

7.5 Poner en valor la actividad investigadora, integrándola como una parte esencial del desarrollo de la profesión sanitaria.

7.6 Optimizar el acceso, desarrollo y participación en los Estudios clínicos, garantizando su accesibilidad para pacientes y profesionales.

7.7 Facilitar la gestión integral, ética y eficiente de datos y muestras para la investigación en cáncer.

6.7.3 Acciones

Objetivo 7.1 *Promover y potenciar la investigación e innovación en cáncer, con un enfoque integral y colaborativo, aprovechando las fortalezas del ecosistema vasco de salud e impulsando el posicionamiento de Euskadi y sus capacidades en el ámbito internacional con un compromiso claro hacia la mejora de la atención a los pacientes y la ciudadanía.*

7.1.1 Establecer la **Estrategia de Investigación e Innovación** en cáncer, alineada con las políticas de **Misión Cáncer de la UE** potenciando el posicionamiento de Euskadi a nivel internacional.

7.1.2 Potenciar líneas de **investigación e innovación en:**

- Promoción de la salud y prevención del cáncer.
- Detección precoz y diagnóstico/pronóstico.
- Medicina de Precisión Personalizada (biomarcadores).
- Terapias avanzadas e innovadoras.
- Adecuación terapéutica.
- Servicios de Salud y resultados en salud en cáncer.
- Programas de apoyo psicosocial, mejora de cuidados y bienestar.
- Nuevas técnicas en los tratamientos con radiaciones (fotones, protones, radioterapia guiada por imagen, radioterapia adaptativa etc...) así como la investigación en la seguridad del paciente con este tipo de tratamientos.
- Necesidades de colectivos específicos: infantil, AYAs, personas mayores y largos supervivientes (efectos adversos, cronicidad, salud mental...).
- Implementación de medidas en el sistema de salud en base a criterios de resultados en salud y coste-eficacia.

7.1.3 Incluir en proyectos de investigación indicadores **de experiencia, percepción del paciente y medicina basada en valor** (PREMS & PROMs), para evaluar los resultados en salud y guiar las decisiones clínicas.

Objetivo 7.2 *Impulsar la integración entre la práctica clínica, la investigación y la innovación, poniendo en valor la investigación traslacional y la implementación efectiva de soluciones que optimicen los resultados en salud.*

7.2.1 Establecer **procedimientos y/o acuerdos que faciliten compartir** infraestructuras, datos y personal, el uso de registros epidemiológicos, clínicos y resultados de investigación a nivel asistencial y de investigación.

7.2.2. Identificar y priorizar las **necesidades de investigación e innovación** de los servicios dedicados al cáncer en Euskadi y **discutirlas y comunicarlas a investigadores y desarrolladores** para promover proyectos de investigación e innovación orientados a dar respuesta a dichas necesidades.

Objetivo 7.3 *Utilizar todo el potencial del ecosistema de investigación e innovación en cáncer, incluyendo a todos los agentes que abordan la I+D+i en cáncer, públicos y privados, gubernamentales y no gubernamentales potenciando el posicionamiento de Euskadi a nivel internacional.*

7.3.1 Definir e implantar una sistemática para tener permanentemente actualizado el **Mapa de Agentes, infraestructuras y capacidades de Euskadi en la I+D+i del cáncer y su difusión.**

7.3.2 Crear una **visión común del ecosistema de investigación oncológica** en Euskadi, integrando a todos los actores clave en un marco colaborativo único y trabajando en red.

7.3.3 Facilitar acuerdos para fortalecer las capacidades en investigación en cáncer.

Objetivo 7.4 *Fomentar la participación de la ciudadanía en la investigación, innovación y evaluación.*

7.4.1 Definir e implementar el modelo de participación de pacientes/ciudadanía en la investigación e innovación.

7.4.2 Potenciar la **participación de pacientes/ciudadanía** en la identificación de temas de interés y procesos de evaluación de los proyectos de investigación e innovación en cáncer.

7.4.3 Desarrollar la participación de pacientes/ciudadanía en la evaluación de tecnologías sanitarias para la **incorporación en la cartera de servicios complementaria**.

7.4.4 Definir una Estrategia de divulgación de la actividad investigadora en cáncer a la ciudadanía y pacientes.

Objetivo 7.5 *Poner en valor la actividad investigadora, integrándola como una parte esencial del desarrollo de la profesión sanitaria.*

7.5.1 Crear **programas de formación continua acreditada** para investigadores, clínicos y gestores, alineados con los objetivos del POIE.

7.5.2 Fomentar la **formación continua y especializada** del personal facultativo, de enfermería y técnico en investigación y en la **implementación de innovaciones tecnológicas.**

7.5.3 Potenciar los perfiles profesionales que combinan las actividades asistenciales e investigadoras.

7.5.4 Desarrollar programas de captación, desarrollo y fidelización del talento en el Sistema Vasco de Salud y en la Red Vasca de Ciencia y Tecnología.

Objetivo 7.6 *Optimizar el acceso, desarrollo y participación en los Estudios clínicos, garantizando su accesibilidad para pacientes y profesionales.*

7.6.1 Crear una plataforma **accesible y centralizada de EECC** con información detallada sobre ensayos activos, criterios de inclusión y exclusión, hospitales disponibles y estadísticas de participación, disponible para profesionales y pacientes.

7.6.2 Establecer un P**roceso de Gestión integral** que incluya la identificación proactiva, mejora de la gestión **teniendo en cuenta a todos los intervinientes,** y análisis de la implementación, evaluación de resultados... de estudios clínicos relevantes activos a nivel nacional e internacional, promoviendo su traslado y ejecución en Euskadi.

7.6.3 Favorecer el f**uncionamiento y la coordinación de los comités de ética** de los centros con el **Comité de Ética e Investigación de Euskadi** y la comunicación con los equipos investigadores para facilitar los trámites, garantizando los principios éticos.

7.6.4 Revisar el marco legal y establecer iniciativas orientadas a facilitar los **estudios clínicos multicéntricos a nivel de Euskadi.**

7.6.5 Promoción de los **ensayos académicos y la investigación independiente.**

7.6.6 Mejora y optimización de los RRHH e infraestructuras sanitarias de los IIS y ámbito **asistencial para dar apoyo a la realización de EECCs, con especial atención a los ensayos en fases** tempranas.

7.6.7 Avanzar en el **desarrollo de la Unidad Conjunta de Investigación Clínica en Cáncer Infantil,** para facilitar la apertura de nuevos ensayos clínicos internacionales.

Objetivo 7.7 *Fomentar la gestión integral, ética y eficiente de datos y muestras para la investigación en cáncer.*

7.7.1 Simplificar los procedimientos para optimizar la **obtención, almacenamiento, acceso y uso de muestras tumorales y biológicas y datos asociados para la investigación.**

7.7.2 Desarrollar **programas de recogida y análisis y almacenamiento de muestras específicas** para cánceres raros, para impulsar la investigación traslacional.

7.7.3 Potenciar la **utilización del Biobanco Vasco** para asegurar la correcta gestión de las muestras y desarrollar procedimientos que faciliten el intercambio de muestras para promover proyectos multicéntricos e internacionales.

7.7.4 Facilitar el acceso, uso y análisis de gestión de datos para investigación cumpliendo con la normativa de protección de datos a nivel europeo, estatal y local.



07 Gobernanza del POIE

Gobernanza del POIE

El POIE cuenta con una gobernanza para facilitar su despliegue, desarrollo, seguimiento y evaluación.

La gobernanza debe ser coherente con la misión y los principios definidos, debe facilitar el logro de la visión y los objetivos establecidos, y debe contemplar aspectos vinculados con:

- El liderazgo e impulso en el despliegue y seguimiento del POIE.
- El compromiso de todos los grupos de interés para asumir los Objetivos y las Acciones teniendo en cuenta el principio de Salud en Todas las Políticas.
- El apoyo y seguimiento del despliegue.
- La monitorización del nivel de desarrollo de las Líneas Estratégicas. La evaluación del despliegue del POIE y el logro de objetivos.

7.1 Estructura organizativa

El POIE cuenta con una estructura organizativa basada en la existencia de diferentes foros y/o órganos, para los que se han definido sus funciones, participantes y la operativa de trabajo, asegurando así que los elementos de la gobernanza (liderazgo, apoyo, seguimiento...) están incorporados y estableciendo una sistemática de participación orientada a la priorización de las acciones, seguimiento, monitorización y evaluación de POIE. En la figura 25 se muestra el organigrama con los principales elementos de la estructura organizativa de la gobernanza del POIE:

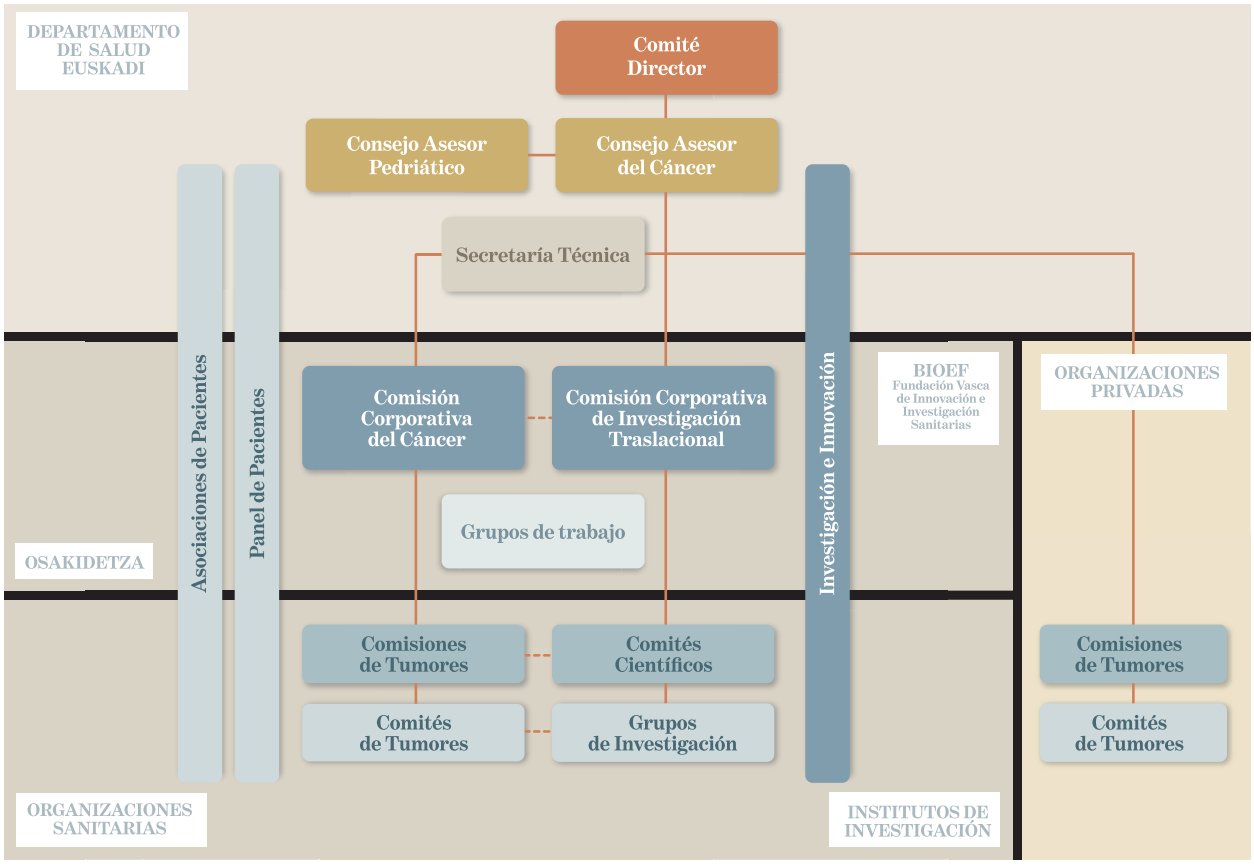


Figura 25. Organigrama con los principales elementos de la estructura organizativa de la gobernanza del POIE 2025-2030.

Comité Director

El Comité Director será el responsable de liderar y asegurar el compromiso institucional en la implementación del nuevo Plan Oncológico, certificando su correcta aplicación y coordinación entre las distintas organizaciones involucradas. Se trata del máximo órgano de gestión y validación de la implementación del POIE y de sus resultados.

COMITÉ DIRECTOR	
FUNCIONES	Sus funciones son: • Liderar el despliegue, seguimiento, monitorización y evaluación del POIE. • Velar por el cumplimiento de los principios rectores del POIE. • Asegurar el compromiso interinstitucional e interdepartamental de los agentes implicados en materializar la Visión del POIE. • Decidir la actualización y/o ajustes del POIE a propuesta de los Consejos Asesores del Cáncer
COMPOSICIÓN / PERFIL	Su composición es la siguiente: • Consejera/o de Salud. • Viceconsejero/a de Salud. • Dirección de Transformación, Planificación y Digitalización en Salud. • Dirección General de Osakidetza • Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza
OPERATIVA	Se reunirá, en ausencia de necesidades extraordinarias, con una **periodicidad semestral** para analizar los resultados del seguimiento y monitorización del despliegue del POIE y establecer medidas en función de los resultados.

Consejo Asesor del Cáncer

El Consejo Asesor del Cáncer será el encargado de coordinar y gestionar el desarrollo de las acciones del Plan Oncológico Integral de Euskadi. Será el órgano responsable de gestionar el despliegue del POIE, así como su seguimiento y evaluación continua, proponiendo cambios y/o mejoras, si fueran necesarios, de manera dinámica.

CONSEJO ASESOR DEL CÁNCER	
FUNCIONES	Sus funciones son: • Gestionar la comunicación del POIE y su despliegue. • Establecer las actuaciones necesarias para el despliegue y desarrollo de los objetivos generales del POIE. • Designar los responsables para la implementación de las acciones, consensuar su priorización y cronograma. • Monitorizar y evaluar el progreso del POIE, y proponer los cambios y ajustes de los objetivos y actuaciones. • Velar por el cumplimiento de los principios rectores del POIE.
COMPOSICIÓN / PERFIL	Composición es la siguiente: • Dirección de Transformación, Planificación y Digitalización en Salud. • Dirección de Investigación, Innovación y Evaluación Sanitarias. • Dirección de Salud Pública. • Dirección de Farmacia. • Representantes de otros Departamentos implicados. • Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza. • Representación de la Comisión Corporativa del Cáncer. • Representantes de los servicios que tienen relación con el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer. • Representantes de Organizaciones Sanitarias Privadas. • Representación de la ciudadanía/pacientes. • Representantes de Euskampus (UPV-EHU).
OPERATIVA	Se reunirá, en ausencia de necesidades extraordinarias, con una **periodicidad trimestral** para analizar los resultados del seguimiento y monitorización del despliegue del POIE y establecer medidas en función de los resultados.

Consejo Asesor Pediátrico

El objeto del presente órgano es velar por los criterios de calidad para la óptima organización y gestión de la atención asistencial de todos los casos de cáncer en la infancia y la adolescencia. Será responsable de desplegar el POIE en su ámbito, abordando los objetivos y acciones específicas dirigidas a niños, niñas y adolescentes con cáncer, así como velar por las necesidades específicas de este colectivo en el resto de los objetivos que las precisen. Tendrá una relación directa con el Consejo Asesor del Cáncer, para hacer llegar sus necesidades e informar del desarrollo del Plan en su ámbito.

CONSEJO ASESOR PEDIÁTRICO	
FUNCIONES	Sus funciones son: • Gestionar la comunicación del POIE y su despliegue en su ámbito. • Establecer las actuaciones necesarias para el desarrollo de los objetivos del POIE en su ámbito. • Priorización de las acciones, designación de responsables y cronograma. • Monitorizar y evaluar el progreso del POIE, y proponer los cambios y ajustes de los objetivos y actuaciones. • Velar por el cumplimiento de los principios rectores del POIE.
COMPOSICIÓN / PERFIL	Su composición es la siguiente: • Dirección de Transformación, Planificación y Digitalización en Salud. • Representante de la Dirección de Investigación, Innovación y Evaluación Sanitarias. • Representantes de otros Departamentos implicados. • Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza. • Representantes de los servicios que tienen relación con el diagnóstico y tratamiento de pacientes pediátricos con cáncer. • Representación de la ciudadanía/pacientes.
OPERATIVA	Se reunirá, en ausencia de necesidades extraordinarias, con una **periodicidad semestra**l para analizar los resultados del seguimiento y monitorización del despliegue del POIE y establecer medidas en función de los resultados.

Secretaría Técnica

La Secretaría Técnica será el núcleo operativo del POIE, encargada de garantizar la continuidad y dinamismo del Plan, y apoyando el cumplimiento de sus objetivos y los tiempos establecidos. Actuará como soporte clave para los órganos de gobernanza, y los grupos de trabajo, y será el principal nexo entre el Consejo Asesor y la Comisión Corporativa del Cáncer de Osakidetza.

SECRETARÍA TÉCNICA	
FUNCIONES	Sus funciones son: • Ser el órgano de tracción para el despliegue del POIE, realizando un seguimiento continuado. • Ser el órgano de apoyo al Comité Director, Consejo Asesor y Comisión Corporativa del Cáncer. • Apoyar y coordinar los grupos de trabajo establecidos para el despliegue del POIE, participando en ellos cuando sea necesario para facilitar su impulso y coordinación. • Diseñar la metodología para la evaluación del POIE y recopilar la información necesaria para la evaluación del POIE. • Preparar la documentación necesaria para los órganos de Gobernanza. • Facilitar y preparar las reuniones de los órganos de Gobernanza y ejercer el rol de Secretaría Técnica de los mismos.
COMPOSICIÓN / PERFIL	Su composición es la siguiente: • La responsabilidad de la Secretaría Técnica recae en la Dirección de Transformación, Planificación y Digitalización en Salud. • Cuenta con un equipo estable constituido por profesionales del Departamento de Salud, de Osakidetza y Bioef
OPERATIVA	Reuniones periódicas con una **frecuencia mensual**

Comisión Corporativa del Cáncer

La Comisión Corporativa del Cáncer será la responsable de trasladar a las Organizaciones Sanitarias las decisiones relativas al despliegue del Plan tomadas en los Consejos Asesores. Será el órgano responsable del despliegue del Plan en el ámbito clínico y asistencial, recogiendo las necesidades de otras Comisiones Corporativas y las propias Organizaciones Sanitarias y, al mismo tiempo que evalúa y realiza el seguimiento del desempeño en su ámbito. Entre las diferentes funciones, tendrá como objetivo promover la integración de la investigación en la práctica clínica.

COMISIÓN CORPORATIVA DEL CÁNCER	
FUNCIONES	Sus funciones son: • Trasladar las decisiones tomadas en los Consejos Asesores • Identificar ajustes necesarios para la implementación del Plan en su ámbito. • Definir las Rutas Asistenciales corporativas. • Revisar y mejorar las Rutas Asistenciales • Revisar el rol de los Comités de Tumores • Establecer los protocolos a seguir • Revisar periódicamente los Indicadores correspondientes a su ámbito. • Recibir y responder a las necesidades de otras comisiones corporativas. • Recibir y responder a las necesidades de las OSIs • Fomentar la integración de la investigación en la práctica clínica.
COMPOSICIÓN / PERFIL	Su composición será la siguiente: • Representantes de las Subdirecciones de la Dirección de Asistencia Sanitaria. • Representante de la Dirección de Recursos Humanos. • Representante de la Dirección Económica y de Infraestructuras. • Representantes de las Comisiones de Tumores. • Representantes de los Coordinadores/as de Enfermería del POIE. • Coordinación de la Red de Diagnóstico Biológico. • Coordinación de la Comisión de Farmacia. • Coordinación de la Comisión de MPP. • Coordinación Comisión Investigación.
OPERATIVA	Se reunirá, en ausencia de necesidades extraordinarias, con una **periodicidad trimestral.**

Comisión Corporativa de Investigación Traslacional

Será el órgano de gobernanza responsable de diseñar y desplegar la Estrategia de Investigación e Innovación en Cáncer. Además, será el órgano que vele por el cumplimiento de los objetivos y acciones vinculadas con la Investigación e Innovación. Este órgano de nueva creación deberá ajustarse a la normativa pertinente.

COMISIÓN CORPORATIVA DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL	
FUNCIONES	Sus funciones son: • Definir y establecer la Estrategia de Investigación e Innovación en Cáncer. • Identificar y priorizar las necesidades de Investigación e Innovación en cáncer. • Monitorizar y evaluar el progreso del POIE en materia de Investigación e Innovación en Cáncer. • Fomentar la integración de la investigación en la práctica clínica.
COMPOSICIÓN / PERFIL	Su composición será la siguiente: • BIOEF • Institutos de Investigación Sanitaria (Bioaraba, Biobizkaia, Biogipuzkoa, Biosistemak) • Representantes de Osakidetza • Otros agentes relacionados a definir
OPERATIVA	Se reunirá, en ausencia de necesidades extraordinarias, con una **periodicidad trimestral.**

Comisión de Tumores

Se trata de una comisión, del ámbito de cada organización, compuesto por un equipo multidisciplinar de expertos/as de los servicios que tienen relación con el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Deberá ser el encargado de trasladar las decisiones de la Comisión Corporativa del Cáncer y su aplicación en su organización, y responsable de mantener una comunicación bidireccional.

COMISIÓN DE TUMORES	
FUNCIONES	Sus funciones son: • Trasladar las propuestas y devolver la información de la Comisión de Tumores Corporativa • Responsable de la implementación y su seguimiento activo de las acciones del plan oncológico en su organización. • Asesorar a la Dirección en todos aquellos aspectos organizativos y/o clínicos que impacten en el quehacer con estos pacientes para facilitar el desarrollo de las estructuras y circuitos asistenciales necesarios. • Coordinar los diferentes aspectos asistenciales que se suscitan en cada uno de los Comités de Tumores.
COMPOSICIÓN / PERFIL	Su composición será la siguiente: • Representantes de la Dirección de la organización. • Representantes de los servicios que tienen relación con el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer. • Coordinación de enfermería.
OPERATIVA	Se reunirá, en ausencia de necesidades extraordinarias, con una **periodicidad trimestral.**

Comités de Tumores

Su principal función debe ser liderar la gestión de los procesos en el ámbito correspondiente además de discutir los casos con el objetivo de decidir en un grupo multidisciplinar el tratamiento más adecuado para cada persona. Con el objetivo de integrar la investigación en la práctica clínica y facilitar las sinergias y el trabajo coordinado, se deberá avanzar en la incorporación de la figura referente de investigación en los Comités de Tumores.

COMITÉS DE TUMORES	
FUNCIONES	Sus funciones son: • Asumir el rol de equipos de "conocimiento y decisión del proceso oncológico" proponiendo los contenidos de las Rutas Asistenciales de su competencia. • Revisar los casos clínicos para la **toma de decisiones multidisciplinar.** • Definir y proponer a la Comisión de su organización los protocolos específicos a seguir en su ámbito. • Definir los indicadores correspondientes a las Rutas Asistenciales de su competencia y evaluar la actividad y resultados.
COMPOSICIÓN / PERFIL	Su composición será la siguiente: • Equipo Multidisciplinar definido en función del ámbito correspondiente.
OPERATIVA	Se reunirá con una **periodicidad semanal,** en función de los casos.

Participación de pacientes y ciudadanía

La participación de los **pacientes**, sus **representantes** y/o la **ciudadanía** en los diferentes niveles del Plan, donde pueden aportar sus conocimientos y perspectivas, puede mejorar la calidad de la atención, aumentar la satisfacción de los pacientes y promover la transparencia y la rendición de cuentas en los sistemas de salud. De igual manera, la incorporación de la perspectiva de pacientes/ciudadanía y sus representantes en los procesos de investigación, desde la formulación hasta la difusión de resultados, no solo asegura que la investigación esté alineada con las necesidades de los pacientes, sino que también amplifica su impacto social.

En coherencia con el abordaje integral del cáncer que promueve este POIE se deberá trabajar también en la **participación y colaboración de otros agentes sociales relacionados,** principalmente en las acciones dirigidas a la promoción y prevención del cáncer.

Por todo ello, es necesario definir el modelo de participación de pacientes/ciudadanía/asociaciones en el **modelo organizativo,** los **procesos asistenciales** y la **investigación.**

Grupos de trabajo

Se prevé la creación de **Grupos de Trabajo**, responsables del desarrollo de las acciones del POIE.

7.2 Rendición de cuentas: seguimiento, monitorización y evaluación.

En los próximos meses se deberá concretar la p**riorización de las acciones** de este POIE así como **el cronograma para llevarlas a cabo.**

El POIE deberá ser objeto de **seguimiento, monitorización y evaluaciones periódicas**, al objeto de asegurar que las actuaciones desarrolladas se despliegan adecuadamente y responden a los objetivos, todo ello en el contexto de un **Modelo de Evaluación** que cuenta con un Cuadro de Mando que combina indicadores de progreso en las actuaciones y de resultado, con una frecuencia definida y con la participación de los foros identificados en la Gobernanza.

7.3 Cuadro de mando

Un cuadro de mando es una "herramienta de gestión que facilita la toma de decisiones y que recoge un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las funciones responsables una visión comprensible de un área de actividad o responsabilidad. La información aportada por el cuadro de mando permite enfocar y alinear los equipos directivos, las unidades funcionales, los recursos y los procesos con las estrategias de la organización" (norma UNE 66175:2003).

El cuadro de mando se divide en:

- Un cuadro de **Indicadores Generales,** vinculado con la VISIÓN y, por lo tanto, más orientado al logro de resultados e impacto.
- Un conjunto de **Indicadores para cada una de las Áreas Prioritarias,** que pretenden orientar el nivel de logro de sus objetivos:

Los indicadores propuestos necesitarán un mayor desarrollo estableciendo su definición, valor actual y la meta a alcanzar tras la implementación de este POIE.

Indicadores generales

0.1. Tasas de incidencia del cáncer en Euskadi por tipo de cáncer.
0.2. Tasa de mortalidad por cáncer en Euskadi por tipo de cáncer.
0.3. Supervivencia global y supervivencia relativa a 1, 3 y 5 años de las personas diagnosticadas de cáncer en Euskadi por tipo de cáncer.
0.4. Años potenciales de vida perdidos por las personas fallecidas a causa del cáncer en Euskadi.
0.5. Años de vida ajustada por calidad de vida.
0.6. Calidad de vida de las personas pacientes y supervivientes de cáncer y sus cuidadores.
0.7. Grado de satisfacción de la ciudadanía en relación con cómo el sistema aborda el cáncer.

Indicadores por áreas prioritarias

1. LAS PERSONAS, EJE CENTRAL DEL POIE
1.1. Índice de Humanización en el ámbito oncológico (Grado de implementación del modelo de Humanización-Herramienta de autoevaluación)
1.2. Grado de Satisfacción con la experiencia en relación con la Humanización (Encuestas de Satisfacción): comunicación, trato, espacios… (buscar herramienta específica tomando como referencia)
1.3. Grado de Satisfacción con la experiencia en relación con la Humanización de los y las profesionales (Encuestas de Satisfacción): formación, espacios…
1.4. Datos cuantitativos de la formación dirigida a profesionales: participantes, horas, acciones formativas… % participantes.
1.5. Tasa de prescripción/finalización de talleres de Paciente Activo-Paziente Bizia.

2. MODELO ASISTENCIAL

2.1. Grado de avance del documento de definición del modelo asistencial.

2.2. Grado de avance del Plan de incorporación de pacientes en el modelo.

2.3. % de cánceres con Ruta Asistencial Corporativa definida

2.4. N° de Sesiones de Comisiones de Tumores y Comités de Tumores, corporativos o por OSI, por tipo de cáncer.

2.5. % Comités de Tumores con la participación de la figura de enfermero/a referente, representantes de atención primaria y referente de investigación.

2.6. % de Rutas Asistenciales con Memoria y plan de mejora anual.

2.7. % de Rutas Asistenciales con protocolo de seguimiento en personas libres de enfermedad.

2.8. N° de procesos de baja prevalencia y/o elevada complejidad en los que se está trabajando e implementadas.

2.9. Acreditación corporativa CCC: SI/NO.

2.10. Acreditación corporativa ISO 15189: SI/NO.

3. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

3.1. Diseño de directrices que integren criterios de salud y equidad en la planificación y ejecución de las políticas públicas (SI/NO).

3.2. N° y % de Entidades Locales adheridas a la Red de Espacios Libres de Humo y Aerosoles.

3.3. N° y % de Ayuntamientos con SOAF y de población de Euskadi beneficiaria del SOAF.

3.4. % de población expuesta a nivel promedio anual de PM2,5 por encima de los valores de referencia (Estadística de la Calidad del Aire de Euskadi).

3.5. % de personas de 18 o más años con Índice de Masa Corporal declarado mayor o igual a 30.

3.6. % de población de 15 o más años que declara consumo de riesgo de alcohol.

3.7. % de población de 15 o más años que declara fumar al menos un cigarrillo diario.

3.8. % de población de 14 a 18 años que ha consumido tabaco en el último mes.

3.9. N° personas que acceden a los recursos de cesación tabáquica.

3.10. % Cobertura en los programas de vacunación de VPH. Meta >95%.

3.11. % Cobertura en los programas de vacunación de VHB. Meta >95%.

3.12. N° de planes de desamiantado en Euskadi.

4. DETECCIÓN PRECOZ

4.1. % Cobertura y Participación en los cribados poblacionales implementados.

4.2. N° de intervenciones realizadas para fomentar la participación.

4.3. % cánceres diagnosticados por cribado en estadios iniciales.

4.4. Tasa de efectos adversos (complicaciones).

4.5. N° guías, protocolos y vías clínicas dirigidas a la detección precoz en pacientes con riesgo. aumentado desarrolladas y/o actualizadas.

4.6. N° personas atendidas en las Consultas de Alto Riesgo por especialidad.

4.7. N° de cánceres que se comunican como sospecha de enfermedad profesional.

4.8. N° actividades formativas realizadas sobre detección precoz y/o cáncer laboral dirigidas a profesionales.

4.9. % de pacientes atendidos en el tiempo establecido desde la sospecha, diagnóstico de confirmación hasta inicio del tratamiento.

5. ATENCIÓN INTEGRAL

DIAGNÓSTICO

5.1. % OSIs con los circuitos de diagnóstico rápido implantados para cada tipo de cáncer.

5.2. % de pruebas externalizadas sobre la cartera de genómica y genética del SNS.

5.3. N° de nuevos biomarcadores implementados por categoría (TIER1 - biomarcadores estándares, TIER2 - biomarcadores utilizados en ensayos clínicos, TIER 3 - biomarcadores utilizados en investigación).

5.4. N° de sistemas de IA desplegados para mejorar la precisión del diagnóstico de cáncer.

5.5. Número de profesionales que han recibido formación en nuevas tecnologías diagnósticas y grado de satisfacción.

TRATAMIENTO

5.6. Tiempo que trascurre desde que un medicamento es financiado (SNS) hasta que es posicionado en Euskadi.

5.7. % de pacientes con administración del tratamiento en domicilio.

5.8. N° de procesos quirúrgicos concentrados.

5.9. N° de pacientes tratados con protonterapia.

5.10. % de pacientes que recibieron quimioterapia en los últimos 14 días de vida.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS

5.11. % de enfermos oncológicos a los que se les ha derivado al SOAF.

5.12. % de personas enfermas de cáncer, en edad fértil, que han participado en procesos de preservación de la fertilidad.

5.13. % de pacientes oncológicos vacunados con las vacunas recomendadas.

5.14. N° de pacientes ingresados en unidades de media estancia para recibir tratamiento oncológico.

5.15. Días de hospitalización generados por las altas sin abandono de cama.

5.16. % de personas con cáncer que disponen de Plan Individualizado de Atención realizado.

5.17. % de personas con cáncer identificadas como pacientes en fase paliativa (Z515, V66,7) que disponen de Plan Individualizado de Atención realizado.

5.18. Creación del panel clínico con la población diana de pacientes en proceso oncológico activo para los profesionales de atención primaria (SI/NO).

6. RESULTADOS EN SALUD, SISTEMAS DE REGISTRO, INFORMACIÓN Y VIGILANCIA

6.1. % de Rutas Asistenciales con Cuadro de Mando.

6.2. % de Rutas Asistenciales en las que se recogen PROMs de forma sistemática.

6.3. % de Rutas Asistenciales gestionados con enfoque a valor (se mide y analizan los resultados en salud y el coste).

6.4. N° pacientes incorporados en una Ruta Asistencial con enfoque a valor.

6.5. N° de procedimientos dirigidos a la estandarización de los informes de diagnóstico de Anatomía patológica

6.6. Número de indicadores en el Contrato Programa vinculados a valor en cáncer.

6.7. Grado de desarrollo de un sistema que facilite la implementación de la compra por resultados y número de procesos de compra en los que se ha aplicado.

7. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

7.1. N° de proyectos de investigación en Oncología.

7.2. % de Proyectos de investigación en cáncer (frente al total de proyectos de investigación).

7.3. Financiación de los proyectos en investigación en cáncer.

7.4. % de proyectos con enfoque traslacional que llegan a la práctica clínica (incluidas guías de práctica clínica)

7.5. N° de Proyectos colaborativos entre agentes del ecosistema vasco de salud

7.6. N° de proyectos internacionales en cáncer

7.7. N° de eventos divulgativos dirigidos a la ciudadanía, que contemplen el cáncer.

7.8. % de proyectos en cáncer que incluyen, al menos, un ciudadano y/o Asociación en el equipo de investigación

7.9. N° de publicaciones de cáncer y % en el primer cuartil en oncología.

7.10. N° Estudios Clínicos con medicamentos en cáncer (% Ensayos Clínicos Fase I, II, III, IV y % de estudios observacionales) por tipo de promotor.

7.11. N° Estudios clínicos con producto sanitario (post-comercialización o ensayo clínico) en cáncer

7.12. Nª de procesos optimizados de biobanco vasco.

7.13. Nª de actividades relacionadas con la mejora al acceso y uso de datos para investigación.

* Los indicadores se calcularán por sexo, grupos de edad y nivel socioeconómico en los casos que sea pertinente.



08 Bibliografía

8.1 Referencias de planes y estrategias

OMS

- Health Promotion Glossary of Terms 2021.

Estrategias y documentos europeos

- Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer.
- Misión Cáncer.
- SIOP Europe Strategic Plan Update (2021-2026). A European Cancer Plan for Children and Adolescents.
- Recomendación Europea del Consejo de 9 de diciembre de 2022 relativa a la mejora de la prevención mediante la detección precoz: un nuevo enfoque de la UE para el cribado del cáncer en sustitución de la Recomendación 2003/878/CE.
- Código Europeo contra el Cáncer.

Estrategias y documentos de ámbito estatal

- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021.
- Perfiles Nacionales de Cáncer: España 2025. European Cancer Inequalities Registry. OECD, 2025.
- Ponencia de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud: Documento Marco sobre el Cribado Poblacional (2010) aprobado por la 177ª Comisión de Salud Pública.
- Gestión de los medicamentos orientada al valor. Análisis de situación del Sistema Nacional de Salud. Propuesta de recomendaciones para su mejora, 2025.

Estrategias y documentos de ámbito de Euskadi

- Informe Cáncer en Euskadi 2001-2023
- Mortalidad en la Comunidad Autónoma de Euskadi 2023.
- Cáncer Infantil en la Comunidad Autónoma Vasca 1990-2018.
- Plan Oncológico Euskadi (POE) 2018-2023.
- Evaluación del POE 2018-2023.
- Plan de Salud Euskadi 2030.
- Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025.
- Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación 2030 (PCTI 2030) de Euskadi.
- Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2023-2027.
- Estrategia de Seguridad del Paciente 2030.
- Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028.
- Modelo de Humanización de Osakidetza.
- Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2022-2025.
- VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi.
- Mugiment.
- Agenda 2030.
- Encuesta de Salud de Euskadi (ESCAV) 2023.
- Perfil Ambiental de Euskadi 2023. Salud y medio ambiente
- Programa Marco Ambiental 2030 de Euskadi.
- Estrategia Vasca de Seguridad y Salud en el Trabajo 2021-2026.

8.2 Benchmarking

Se han analizado diversos planes oncológicos, tanto a nivel nacional como internacional, con el objetivo de ofrecer una visión integral de las estrategias actuales en la lucha contra el cáncer. A continuación, se presenta una lista de estos planes, en la que, al hacer clic en cada uno, podrá acceder a un resumen detallado de las líneas estratégicas, objetivos y actuaciones contempladas en cada estrategia. Esta recopilación puede ser de gran utilidad para quienes deseen revisar enfoques variados o encontrar elementos de referencia.

Planes nacionales

- Estrategia en cáncer del SNS (Sistema Nacional de Salud)
- Andalucia
- Castilla y León
- Cataluña
- Extremadura
- Galicia

Planes internacionales

- Europe´s beating cancer plan 2021-2024
- Australia
- Chile
- EEUU
- Francia
- Países Bajos
- Reino Unido
- Action guide for efficient cancer care, an implementation toolkit (All.Can)

8.3 Referencias bibliográficas

[1] ECIS - European Cancer Information System, “Estimates of cancer incidence and mortality in 2022,” (Accessed 20/02/2025).

[2] ECIS - European Cancer Information System, “Long term estimates of cancer incidence and mortality 2025-2040,” (Accessed 20/02/2025).

[3] European Commission, “EU Mission Cancer implementation plan,” 2021.

[4] European Commission, “Europe’s Beating Cancer Plan,” 2021.

[5] Departamento de Salud. Gobierno Vasco, “Plan Estratégico de Salud 2030,” 2023.

[6] Departamento de Salud. Gobierno Vasco, “Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023,” 2018.

[7] C. Audicana Uriarte and A. eta E. S. Zuzendaritza. O. S. / S. de R. e I. Sanitaria. D. de P. O. y E. Sanitarias. D. de S. Erregistroetako eta Osasun-informazioko Zerbitzua. Plangintza, “HILKORTASUNA EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAN / MORTALIDAD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE Euskadi ,” 2024, Accessed: Mar. 03, 2025. [Online]. Available: https://www.Euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_mortalidad/es_def/adjuntos/Informe-Mortalidad-2023.pdf

[8] A. Lopez de Munain, C. Audicana, Euskadiko Minbiziaren Erregistroa/Registro de Cáncer de Euskadi, Euskadiko Hilkortasunaren Erregistroa/Registro de Mortalidad de Euskadi, and Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. / Departamento de Salud del Gobierno Vasco, “MINBIZIA EUSKAL AUTONIMA ERKIDEGOAN / CÁNCER EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE Euskadi 2001-2023,” 2025, Accessed: Mar. 03, 2025. [Online]. Available: https://www.Euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_cancer/es_def/adjuntos/Cancer-CAE-2001-2023.pdf

[9] M. de la Cruz Ortega et al., “Cáncer infantil en la Comunidad Autónoma Vasca 1990-2018 ,” 2023, Accessed: Mar. 03, 2025. [Online]. Available: https://www.Euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_cancer/es_def/adjuntos/Cancer_infantil_2023.pdf

[10] E. C. D.-G. for H. and Consumers et al., European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis – Fourth edition, supplements. Publications Office, 2013. doi: doi/10.2772/13196.

[11] CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA, “Recomendación del Consejo de 9 de diciembre de 2022 relativa a la mejora de la prevención mediante la detección precoz: un nuevo enfoque de la UE para el cribado del cáncer en sustitución de la Recomendación 2003/878/CE.,” 2022.

[12] Ministerio de Sanidad. Gobierno de España, “Ponencia de cribado poblacional,” https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoPoblacional/home.htm.

[13] U. e Innovación. G. V. Departamento de Ciencia, “Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación Euskadi 2030”.

[14] Fundación Científica Asociación Española Contra el Cáncer, “Radiografía sobre el estado de la investigación en cáncer en el País Vasco,” 2025.

[15] FarmaIndustria, “Investigación Clínica en el País Vasco. Datos y análisis de la 36a publicación de BD-Metrics,” PROYECTO BEST. Investigación Clínica en Medicamentos, 2025.

[16] Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer, “Vulnerabilidad económica y laboral en pacientes con cáncer en España,” 2024.

[17] Departamento de Salud / Osasun Saila. Gobierno Vasco / Eusko Jaurlaritza, “Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV) 2023,” 2023.

[18] Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer, “Impacto del Cáncer en el País Vasco ,” 2024.

[19] Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer, “Toxicidad financiera del cáncer,” 2020.

[20] A. D. Wagner et al., “Gender medicine and oncology: report and consensus of an ESMO workshop,” Annals of Oncology, vol. 30, no. 12, pp. 1914–1924, Dec. 2019, doi: 10.1093/annonc/mdz414.

[21] R. Berardi et al., "Gender oncology: recommendations and consensus of the Italian Association of Medical Oncology (AIOM)," ESMO Open, vol. 9, no. 2, p. 102243, Feb. 2024, doi: 10.1016/j.esmoop.2024.102243.

[22] J. B. Rubin et al., "Sex differences in cancer mechanisms," Biol Sex Differ, vol. 11, no. 1, p. 17, Dec. 2020, doi: 10.1186/s13293-020-00291-x.

[23] R. Vera, O. Juan-Vidal, M. J. Safont-Aguilera, F. A. de la Peña, and A. G. del Alba, "Sex differences in the diagnosis, treatment and prognosis of cancer: the rationale for an individualised approach," Clinical and Translational Oncology, vol. 25, no. 7, pp. 2069–2076, Feb. 2023, doi: 10.1007/s12094-023-03112-w.

[24] GLOBOCAN. Global Cancer Observatory, "Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence and Mortality, Males and Females, in 2022 (Accessed 17/02/2025)," GLOBOCAN, 2022.

[25] J. B. Rubin, "The spectrum of sex differences in cancer," Trends Cancer, vol. 8, no. 4, pp. 303–315, Apr. 2022, doi: 10.1016/j.trecan.2022.01.013.

[26] M. Cardano, G. Buscemi, and L. Zannini, "Sex disparities in DNA damage response pathways: Novel determinants in cancer formation and therapy," iScience, vol. 25, no. 3, p. 103875, Mar. 2022, doi: 10.1016/j.isci.2022.103875.

[27] I. Capone, P. Marchetti, P. A. Ascierto, W. Malorni, and L. Gabriele, "Sexual Dimorphism of Immune Responses: A New Perspective in Cancer Immunotherapy," Front Immunol, vol. 9, Mar. 2018, doi: 10.3389/fimmu.2018.00552.

[28] J. Han et al., "Pan cancer analysis reveals sex specific signatures in the tumor microenvironment," Mol Oncol, vol. 16, no. 11, pp. 2153–2173, Jun. 2022, doi: 10.1002/1878-0261.13203.

[29] V. Wuidar, L. Gillot, I. Dias Da Silva, A. Lebeau, A. Gallez, and C. Pequeux, "Sex-Based Differences in the Tumor Microenvironment," 2021, pp. 499–533. doi: 10.1007/978-3-030-73119-9_23.

[30] Y. Cai et al., "Sex Differences in Colon Cancer Metabolism Reveal A Novel Subphenotype," Sci Rep, vol. 10, no. 1, p. 4905, Mar. 2020, doi: 10.1038/s41598-020-61851-0.

[31] T. Zore, M. Palafox, and K. Reue, "Sex differences in obesity, lipid metabolism, and inflammation—A role for the sex chromosomes?," Mol Metab, vol. 15, pp. 35–44, Sep. 2018, doi: 10.1016/j.molmet.2018.04.003.

[32] M. Rivera Izquierdo et al., "Gender bias in shared decision making among cancer care guidelines: A systematic review," Health Expectations, vol. 26, no. 3, pp. 1019–1038, Jun. 2023, doi: 10.1111/hex.13753.

[33] J. M. Unger et al., "Sex Differences in Risk of Severe Adverse Events in Patients Receiving Immunotherapy, Targeted Therapy, or Chemotherapy in Cancer Clinical Trials," Journal of Clinical Oncology, vol. 40, no. 13, pp. 1474–1486, May 2022, doi: 10.1200/JCO.21.02377.

[34] S. Kalathoor et al., "Representation of women in clinical trials supporting <scp>FDA</scp> - approval of contemporary cancer therapies," Int J Cancer, vol. 155, no. 11, pp. 1958–1968, Dec. 2024, doi: 10.1002/ijc.35110.

[35] K. A. Dymanus et al., "Assessment of gender representation in clinical trials leading to FDA approval for oncology therapeutics between 2014 and 2019: A systematic review- based cohort study," Cancer, vol. 127, no. 17, pp. 3156–3162, Sep. 2021, doi: 10.1002/cncr.33533.

[36] O. Ginsburg et al., "Women, power, and cancer: a Lancet Commission," The Lancet, vol. 402, no. 10417, pp. 2113–2166, Dec. 2023, doi: 10.1016/S0140-6736(23)01701-4.

[37] S. F. Lee et al., "Trends in gender of authors of original research in oncology among major medical journals: a retrospective bibliometric study," BMJ Open, vol. 11, no. 10, p. e046618, Oct. 2021, doi: 10.1136/bmjopen-2020-046618.

[38] R. Lucas-Domínguez, M. Aragonés González, A. Sixto-Costoya, E. Ruiz-Martínez, A. Alonso-Arroyo, and J. C. Valderrama-Zurián, "The inclusion of the gender perspective in oncology research with Spanish participation," Heliyon, vol. 10, no. 9, p. e30043, May 2024, doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e30043.

[39] P. Wele, X. Wu, and H. Shi, "Sex-Dependent Differences in Colorectal Cancer: With a Focus on Obesity," Cells, vol. 11, no. 22, p. 3688, Nov. 2022, doi: 10.3390/cells11223688.

[40] E. González-Flores, R. Garcia-Carbonero, E. Élez, E. Redondo-Cerezo, M. J. Safont, and R. Vera García, "Gender and sex differences in colorectal cancer screening, diagnosis and treatment," Clinical and Translational Oncology, Jan. 2025, doi: 10.1007/s12094-024-03801-0.

[41] K. Aleksandrova et al., "Combined impact of healthy lifestyle factors on colorectal cancer: a large European cohort study," BMC Med, vol. 12, no. 1, p. 168, Dec. 2014, doi: 10.1186/s12916-014-0168-4.

[42] Q. Rollet, L. Tron, R. De Mil, G. Launoy, and É. Guillaume, "Contextual factors associated with cancer screening uptake: A systematic review of observational studies," Prev Med (Baltim), vol. 150, p. 106692, Sep. 2021, doi: 10.1016/j.ypmed.2021.106692.

[43] Asociación Española Contra el Cáncer, "Estudio sobre los programas de cribado de cáncer colorrectal," 2023.

[44] Z. Wu et al., "Sex differences in colorectal cancer: with a focus on sex hormone–gut microbiome axis," Cell Communication and Signaling, vol. 22, no. 1, p. 167, Mar. 2024, doi: 10.1186/s12964-024-01549-2.

[45] R. Schmuck et al., "Gender comparison of clinical, histopathological, therapeutic and outcome factors in 185,967 colon cancer patients," Langenbecks Arch Surg, vol. 405, no. 1, pp. 71–80, Feb. 2020, doi: 10.1007/s00423-019-01850-6.

[46] D. Redondo-Sánchez et al., "Socio-economic inequalities in lung cancer mortality in Spain: a nation-wide study using area-based deprivation," Int J Equity Health, vol. 22, no. 1, p. 145, Aug. 2023, doi: 10.1186/s12939-023-01970-y.

[47] N. Florez et al., "Lung Cancer in Women: The Past, Present, and Future," Clin Lung Cancer, vol. 25, no. 1, pp. 1–8, Jan. 2024, doi: 10.1016/j.cllc.2023.10.007.

[48] B. Doshi, S. R. Athans, and A. Woloszynska, "Biological differences underlying sex and gender disparities in bladder cancer: current synopsis and future directions," Oncogenesis, vol. 12, no. 1, p. 44, Sep. 2023, doi: 10.1038/s41389-023-00489-9.

[49] J. T. Ark et al., "Variation in the Diagnostic Evaluation among Persons with Hematuria: Influence of Gender, Race and Risk Factors for Bladder Cancer," Journal of Urology, vol. 198, no. 5, pp. 1033–1038, Nov. 2017, doi: 10.1016/j.juro.2017.06.083.

[50] A. G. Robertson et al., "Comprehensive Molecular Characterization of Muscle-Invasive Bladder Cancer," Cell, vol. 171, no. 3, pp. 540-556.e25, Oct. 2017, doi: 10.1016/j.cell.2017.09.007.

[51] V. Grajales et al., "Associations Between Female Sex and Treatment Patterns and Outcomes for Muscle-invasive Bladder Cancer," Urology, vol. 151, pp. 169–175, May 2021, doi: 10.1016/j.urology.2020.06.058.

[52] C. M. Olsen, N. Pandeya, A. Miranda-Filho, P. S. Rosenberg, and D. C. Whiteman, "Does Sex Matter? Temporal Analyses of Melanoma Trends among Men and Women Suggest Etiologic Heterogeneity," Journal of Investigative Dermatology, vol. 145, no. 1, pp. 135–143, Jan. 2025, doi: 10.1016/j.jid.2024.05.011.

[53] C. M. Olsen, J. F. Thompson, N. Pandeya, and D. C. Whiteman, "Evaluation of Sex-Specific Incidence of Melanoma," JAMA Dermatol, vol. 156, no. 5, p. 553, May 2020, doi: 10.1001/jamadermatol.2020.0470.

[54] L. E. Paddock et al., "Skin self-examination and long-term melanoma survival," Melanoma Res, vol. 26, no. 4, pp. 401–408, Aug. 2016, doi: 10.1097/CMR.0000000000000255.

[55] Osakidetza, "Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025," 2023.

[56] Departamento de Salud. Gobierno Vasco, "Evaluación del Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023," 2023.

[57] Boletín Oficial del País Vasco (BOPV), "Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi.," 1997.

[58] Ministerio de Sanidad, "Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud," 2021.

[59] Departamento de Salud. Gobierno Vasco, "Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2023-2027," 2023.

[60] Osakidetza, "Estrategia de Seguridad del Paciente 2030," 2021.

[61] Departamento de Salud. Gobierno Vasco, "Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028," 2023.

[62] Osakidetza, “Modelo de Humanización de Osakidetza,” 2023.

[63] Departamento de Salud. Gobierno Vasco, “Estrategia de investigación e innovación en Salud 2022-2025,” 2022.

[64] Departamento de Salud. Gobierno Vasco, “VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi,” 2023.

[65 “Mugiment.” Accessed: Dec. 03, 2025. [Online]. Available: https://mugiment.Euskadi.eus/inicio/

[66]S. y M. Ambiente. G. V. Departamento de Desarrollo Económico, “PROGRAMA MARCO AMBIENTAL DE Euskadi 2030,” 2023.

[67] OSALAN Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, “Estrategia Vasca de seguridad y salud en el trabajo 2021-2026,” 2021.

[68] G. de E. Ministerio de Sanidad, “Recomendaciones de mejora de la Atención Psicológica al Cáncer en el Sistema Nacional de Salud,” 2024.

[69] BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio. 2023.

[70] P. G. Casali et al., “Health networking on cancer in the European Union: a ‘green paper’ by the EU Joint Action on Networks of Expertise (JANE),” ESMO Open, vol. 10, no. 2, p. 104126, Feb. 2025, doi: 10.1016/j.esmoop.2024.104126.

[71] World Health Organization, “Health Promotion Glossary of Terms 2021,” pp. 1–44, 2021.

[72] Wild CP, Weiderpass E, and Stewart BW, “World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention.,” International Agency for Research on Cancer (IARC), vol. PMID: 39432694., 2020.

[73] M. Pollán et al., “Exercise and cancer: a position statement from the Spanish Society of Medical Oncology,” Clinical and Translational Oncology, vol. 22, no. 10, pp. 1710–1729, Oct. 2020, doi: 10.1007/s12094-020-02312-y.

[74] “Código Europeo Contra el Cáncer.” Accessed: Nov. 04, 2025. [Online]. Available: https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/

[75] D. Crosby et al., “Early detection of cancer,” Science (1979), vol. 375, no. 6586, Mar. 2022, doi: 10.1126/science.aay9040.

[76] European Commission, “Cancer Screening, Diagnosis and Care,” https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en.

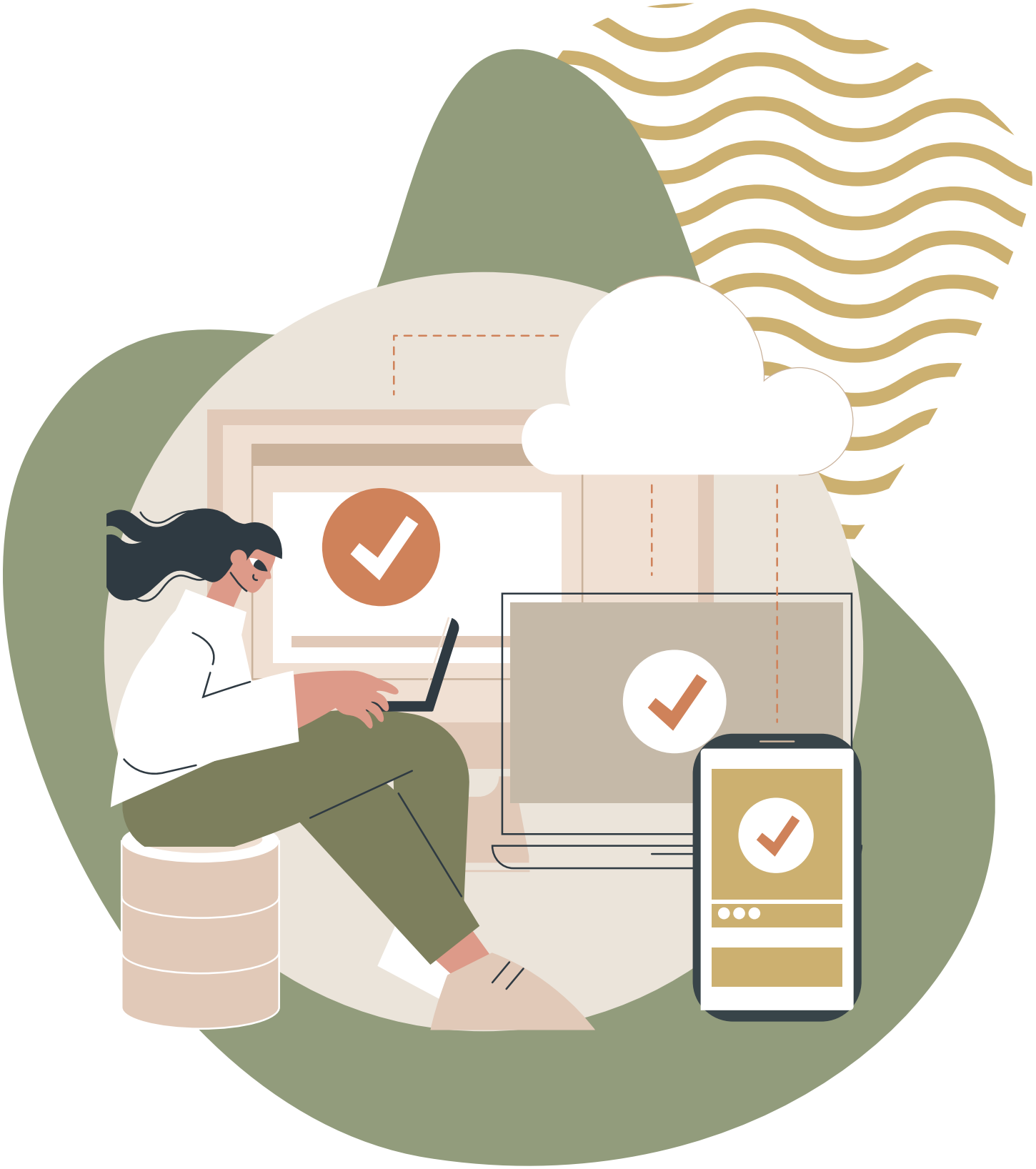
[77] A. Gallego, C. Beato, E. Brozos, S. De La Cruz, and R. V. García, “Spanish Society of Medical Oncology recommendations for comprehensive assessment and care of cancer survivors’ needs,” Clinical and Translational Oncology, vol. 27, no. 1, pp. 95–107, Jul. 2024, doi: 10.1007/s12094-024-03571-9.

[78] Ministerio de Sanidad & Fundación Avedis Donabedian, “Informe de la Situación sobre los Pacientes Largos Supervivientes de Cáncer en el Sistema Nacional de Salud,” 2023.

[79] All.Can, “Action Guide For Efficient Cancer Care. An implementation toolkit.,” 2024.

[80] Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria, “Gestión de los medicamentos orientada al valor. Análisis de situación del Sistema Nacional de Salud. Propuesta de recomendaciones para su mejora,” 2025.

[81] “Regulation (EU) 2025/327 of the European Parliament and of the Council of 11 February 2025 on the European Health Data Space and amending Directive 2011/24/EU and Regulation (EU) 2024/2847”.



09

Anexos

9.1 Acciones dirigidas a colectivos específicos

Los objetivos y acciones recogidos en este documento están diseñados con un enfoque centrado en las personas, garantizando una implementación homogénea y equitativa para todas, independientemente de sus necesidades específicas. No obstante, se ha identificado que, en determinados objetivos y acciones, resulta fundamental poner un énfasis especial en colectivos específicos, como **niños y niñas, AYAs, personas mayores, y largos supervivientes,** entre otros. A continuación, se presentan aquellos objetivos y acciones, agrupadas según Área Prioritaria, en los que se destaca la relevancia de atender de manera diferenciada las particularidades de estos grupos:

Las personas, eje central del POIE

Objetivo 1.4 *Crear entornos físicos y asistenciales que favorezcan el bienestar emocional y físico de pacientes, acompañantes y profesionales, adaptándolos a las necesidades específicas de cada colectivo, especialmente en pediatría.*

1.4.3 Agilizar los canales de comunicación con trabajadores sociales y Asociaciones, para facilitar el acceso temprano a recursos sociales y para orientar y agilizar la ayuda necesaria a **los colectivos más vulnerables (migrantes, personas mayores, salud mental, adicciones, etc.).**

Modelo asistencial

Objetivo 2.2 *Disponer de Rutas Asistenciales específicas al objeto de garantizar respuestas rápidas, eficientes y homogéneas, adaptadas a las necesidades cambiantes de los y las pacientes.*

2.2.3 Asegurar una **transición a la etapa adulta** estructurada y una atención continua para los **pacientes pediátricos y adolescentes** mediante una estrategia coordinada entre pediatría, los diferentes niveles asistenciales y las distintas especialidades médicas.

2.2.4 **Facilitar la implementación de los protocolos estandarizados dirigidos a la valoración del estado funcional general** (como la Valoración Geriátrica Integral) compartidos entre el profesional y el paciente y/o su entorno, con el fin de evitar pruebas diagnósticas innecesarias y un tratamiento adecuado en función de las especificidades del paciente, minimizando los riesgos para mantener o mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente.

Promoción y prevención

Objetivo 3.1 *Implementar políticas generadoras de entornos saludables que faciliten la adopción de estilos de vida saludables, la reducción de la exposición a riesgos ambientales y sociales asociados al cáncer, y el fortalecimiento de las intervenciones preventivas.*

3.1.1 Ampliar la Red de Espacios Libres de Humo y Aerosoles tanto en número como en la tipología de éstos **(campus universitarios, entornos de centros educativos, entornos de lugares de trabajo, etc.).**

3.1.4 Mantener la cobertura vacunal superior al 95% frente al VHB y VPH en niños, **niñas y adolescentes** de Euskadi, mediante la aplicación del programa de vacunación e inmunizaciones del Departamento de Salud, conforme a los calendarios establecidos.

Objetivo 3.2 *Promover hábitos de vida saludables en relación con los factores de riesgo asociados al cáncer, teniendo en cuenta: las etapas de la vida, las desigualdades en salud y la perspectiva de género.*

3.2.2 Desarrollar un programa de alfabetización o sensibilización (literacy), **especialmente dirigida a niños, niñas, adolescentes y adultos jóvenes,** en coordinación con Osasun Eskola, sobre los factores protectores y los factores de riesgo de cáncer, incluyendo acciones multinivel de divulgación y comunicación, y teniendo en cuenta el curso de la vida y las desigualdades en salud.

3.2.3 Fortalecer la estrategia Euskadi libre de humo y aerosoles, con e**special énfasis en adolescentes y adultos jóvenes,** mediante el refuerzo de la acción intersectorial e interinstitucional para contribuir al logro de una generación libre de tabaco+ para el año 2040...

3.2.4 Impulsar una estrategia de desnormalización del consumo de alcohol sostenible en el tiempo, según establece el Plan de Adicciones, que incorpore información sobre los riesgos e intervenciones para disminuir su aceptación social y proteger a los y las **menores** de la publicidad encubierta.

3.2.6 Apoyar la adopción de una dieta saludable y sostenible mediante: campañas de información, y vigilancia nutricional de **menús escolares.**

3.2.7. Diseñar y realizar campañas informativas y de sensibilización para: (i) una protección adecuada frente a las radiaciones solares **(con especial énfasis en menores y personas trabajadoras expuestas),** y para, (ii) reducir el uso de cabinas de rayos UVA.

Detección precoz

Objetivo 4.2 *Aumentar la participación en los cribados poblacionales y disminuir las desigualdades.*

4.2.2 Estudiar los motivos o **razones de la no participación** y diseñar e implementar intervenciones en colectivos no participantes, realizando acciones conjuntas con UPV/EHU, Asociaciones de pacientes, representantes de colectivos específicos y profesionales.

Atención integral – tratamiento

Objetivo 5.3 *Garantizar el acceso equitativo, efectivo y sostenible a los tratamientos y medicamentos disponibles en el sistema sanitario público, evitando la variabilidad no justificada y asegurando que las decisiones terapéuticas se basen en el valor clínico, la evidencia científica y el consenso de equipos multidisciplinares, con el fin de mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de los y las pacientes.*

5.3.5 Implementar procedimientos y recursos técnicos y humanos para ofrecer y evolucionar la administración domiciliaria de tratamiento y en hospital de día, asegurando la equidad y accesibilidad y garantizando la seguridad del paciente, especialmente para determinados colectivos más vulnerables como: **niños, niñas y adolescentes, personas mayores y personas frágiles.**

Objetivo 5.4 *Optimizar el acceso efectivo, equitativo y sostenible a tratamientos innovadores.*

5.4.2 Asegurar el acceso a ensayos clínicos y, en general, a tratamientos en el ámbito de la investigación, **especialmente en niños, niñas y adolescentes,** garantizando que los pacientes puedan beneficiarse de manera equitativa de terapias avanzadas y experimentales, con una adecuada gestión y seguimiento.

Atención integral – continuidad de cuidados

Objetivo 5.6 *Asegurar que la persona paciente cuente con los cuidados y recursos necesarios en base a una evaluación funcional ejecutada en cada una de las fases (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cronicidad, fin de vida) para afrontar la enfermedad y la toma de decisiones clínicas informadas.*

5.6.1 Potenciar y reforzar la atención en el hogar, cuando es la preferencia del paciente y sus cuidadores, y los cuidados comunitarios con especial consideración al colectivo de **pacientes pediátricos, mayores o vulnerables.**

5.6.4 Potenciar la rehabilitación a los y las **pacientes pediátricos** que presenten problemas a nivel motor, cognitivo o funcional para intentar que alcancen su máximo potencial de desarrollo físico, integración socio-educativa e incorporación a las actividades habituales de la vida en cada etapa pediátrica.

5.6.7 Facilitar la derivación a las unidades especializadas en preservación de la fertilidad a las personas con diagnóstico de cáncer que sean candidatas a este procedimiento, garantizando un acceso igualitario a ambos géneros y con **especial atención al colectivo de AYAs.**

Resultados en salud, sistema de registro, información y vigilancia

Objetivo 6.2 *Contar con un Sistema de Información en cáncer robusto, que cumpla con los estándares que establece el Espacio europeo de datos.*

6.2.5 Potenciar la colaboración del Registro del Cáncer de Euskadi con registros nacionales e internacionales en **cáncer infantil** y otro tipo de tumores.

Investigación e innovación

Objetivo 7.1 *Promover y potenciar la investigación e innovación en cáncer, con un enfoque integral y colaborativo, aprovechando las fortalezas del ecosistema vasco de salud e impulsando el posicionamiento de Euskadi y sus capacidades en el ámbito internacional con un compromiso claro hacia la mejora de la atención a los pacientes y la ciudadanía.*

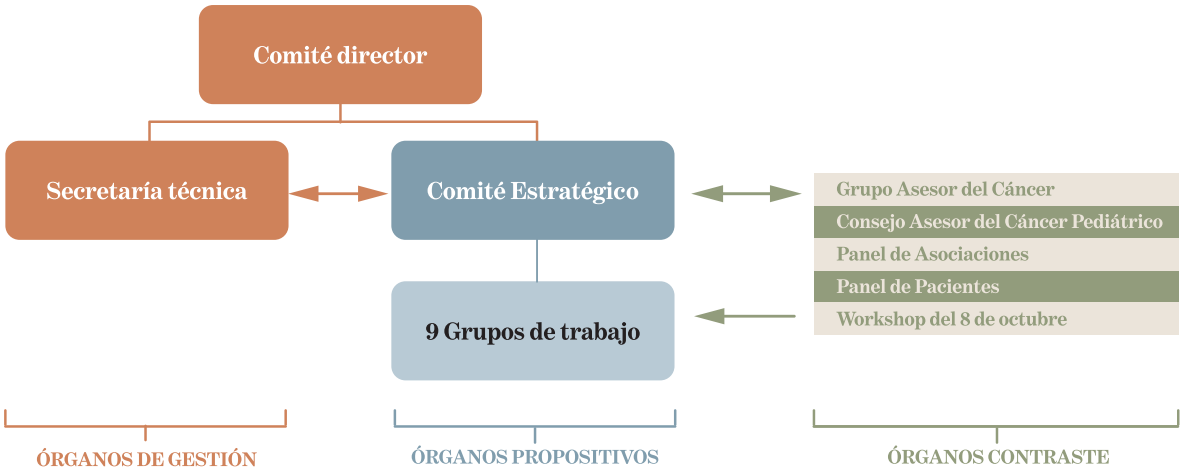
7.1.2 Potenciar líneas de investigación e innovación en:

- Necesidades de colectivos específicos: **infantil, AYAs, personas mayores y largos supervivientes** (efectos adversos, cronicidad, salud mental, ...).

9.2 Proceso de elaboración del POIE

En el marco de este proyecto la participación de los y las profesionales ha sido un elemento estratégico y transversal, que se ha integrado en la ejecución de todas las fases del proceso de elaboración del POIE. En total han tomado parte en los distintos foros que se han puesto en marcha más de **250** personas tanto del ámbito sanitario como no sanitario, y de distintos perfiles como responsables políticos y técnicos, gestores públicos y privados y profesionales sanitarios de distintos ámbitos y especialidades.

Para poder estructurar la participación de todos los agentes, el proyecto ha contado con su propio modelo de gobernanza. Este modelo establecía un total de 9 órganos con distintos niveles competenciales y funciones. Seguidamente se detallan cada uno de estos foros, sus funciones y el número de participantes.



9.2.1 Órganos de gestión del proyecto

COMITÉ DIRECTOR	
Misión	Órgano de máximo nivel integrado por los representantes políticos del Departamento y de la Viceconsejería de Salud y de Osakidetza.
Funciones	Validación final de los contenidos y aprobación del POIE
N° Participantes	3
N° de reuniones realizadas	2

SECRETARÍA TÉCNICA	
Misión	Órgano de gestión operativo del POIE integrado por los Coordinadores del POE, la Dirección y los técnicos de la Dirección de Transformación, Planificación y Digitalización en Salud.
Funciones	• Validar y aprobar la documentación generada en el marco del proyecto para su contraste posterior con el Comité Estratégico. • Validar las dinámicas y contenidos de las reuniones con el Comité Estratégico.
N° Participantes	8
N° de reuniones realizadas	5

9.2.2 Órganos propositivos

COMITÉ ESTRATÉGICO	
Misión	Órgano definidor de los contenidos estratégicos del POIE. Integrado por profesionales del ámbito sanitario tanto de Osakidetza como de empresas privadas, por las direcciones de Osakidetza, y del Departamento de Salud (Transformación Planificación y Digitalización en Salud; Investigación Innovación y Evaluación Sanitarias; Farmacia y Salud Pública y Adicciones).
Funciones	• Definir la misión y visión del POIE. • Identificar las áreas prioritarias. • Validar y contrastar los objetivos y las actuaciones del POIE obtenidos en los grupos de trabajo. • Identificar las personas que han tomado parte en los grupos de trabajo.
N° Participantes	24
N° de reuniones realizadas	6

GRUPOS DE TRABAJO (GT)	
Misión	Órgano propositivo para identificar los objetivos estratégicos, las actuaciones y los indicadores del POIE. Está integrado por profesionales del ámbito sanitario y no sanitario expertos en cada una de las Áreas Prioritarias definidas por el Comité Estratégico. Se identificaron un total de 9 grupos de trabajo, uno para cada una de las Áreas Prioritarias, a excepción de la Atención Integral que, por su extensión y relevancia de sus contenidos, se dividió en 3 grupos para centrar los temas a abordar y facilitar la reflexión: GT1 - Las personas, eje central del POIE GT2 - Promoción de la Salud y Prevención GT3- Detección Precoz GT4 - Modelo Asistencial GT5 - Diagnóstico GT6 - Tratamiento GT7 - Continuidad de Cuidados GT8 - Resultados en Salud, Sistemas de Registro, Información y Vigilancia GT9 - Investigación e Innovación
Funciones	• Definir los objetivos de cada una de las Áreas prioritarias. • Definir las actuaciones de los objetivos. • Proponer los indicadores para el cuadro de mando del POIE.
N° Participantes	139
N° de reuniones realizadas	27

9.2.3 Grupos de contraste

WORKSHOP	
Misión	Órgano de contraste y validación técnica de los contenidos trabajados por el Comité Estratégico. Está integrado por profesionales sanitarios, y expertos con conocimientos relevantes en el ámbito del cáncer.
Funciones	• Identificar las cuestiones/temas estratégicos de cada una de las Áreas Prioritarias con el fin de definir los objetivos y las actuaciones que posteriormente ha trabajado cada uno de los Grupos de Trabajo.
N° Participantes	58
N° de reuniones realizadas	1

PANEL DE PACIENTES	
Misión	Propositivo integrado por pacientes que han afrontado o se encuentran afrontando la enfermedad.
Funciones	• Identificar las principales áreas de mejora vinculadas con el cáncer en Euskadi. • Proponer actuaciones para cada una de las Áreas Prioritarias definidas por el Comité Estratégico.
N° Participantes	7 Pacientes
N° de reuniones realizadas	2

PANEL DE ASOCIACIONES	
Misión	Órgano de contraste integrado por distintas asociaciones de pacientes de cáncer.
Funciones	• Identificar las principales áreas de mejora vinculadas con el cáncer en Euskadi. • Proponer actuaciones para cada una de las Áreas Prioritarias definidas por el Comité Estratégico.
N° Participantes	8 Asociaciones
N° de reuniones realizadas	1

CONSEJO ASESOR DEL CÁNCER Y CONSEJO ASESOR DEL CÁNCER PEDIÁTRICO	
Misión	Órgano de contraste integrado por los miembros del Consejo Asesor del Cáncer y el Consejo Asesor del Cáncer Pediátrico.
Funciones	• Contrastar las áreas prioritarias del POIE definidas por el Comité Estratégico. • Identificar las principales áreas de mejora vinculadas con el cáncer en Euskadi. • Proponer ámbitos de actuación.
N° Participantes	18 Adultos | 15 Pediátrico
N° de reuniones realizadas	1 Adultos | 1 Pediátrico

9.3 Participantes

Comité Director

Martínez Ruiz, Alberto
Peiró Callizo, Enrique
López Altuna, Susana
Tamayo Medel, Gontzal
Martínez de Albéniz Zabaleta, Maite

Secretaría Técnica

Peiró Callizo, Enrique
Tamayo Medel, Gontzal
Martínez de Albéniz Zabaleta, Maite
Sala Gonzalez, Maria Ángeles
Urraca De la Serna, Jose Maria
Arrospide Elgarresta, Arantzazu
Diez Ozaeta, Iñaki
Sorrarain Odriozola, Yon

Comité Estratégico

Peiró Callizo, Enrique
Tamayo Medel, Gontzal
Martínez de Albéniz Zabaleta, Maite
Sala Gonzalez, Maria Ángeles
Urraca De la Serna, Jose Maria
Arrospide Elgarresta, Arantzazu
Diez Ozaeta, Iñaki
Sorrarain Odriozola, Yon
Betolaza San Miguel, Jon Iñaki
Gutierrez Ibarluzea, Iñaki
Herrero Alaña, Guillermo
Amutio Diez, Elena
Arévalo Lobera, Sara
Armenteros Yeguas, Victoria
Astigarraga Aguirre, Itziar
Cambra Contin, Koldo
Ferreiro Quintana, Josefa
Gallego Camina, Inés
Guerra, Nicolás
Malda Salinas, Verónica
Mendoza Arteche, Lorea
Murga Eizagaechevarria, Nekane
Otaolea Santacoloma, Leire
Portillo Villares, Isabel

Grupos de trabajo (GT)

• Las personas, como eje central del POIE

Inés Gallego (coordinadora)
Álvarez de Eulate Lopez, Coloma
Bañuelos Gordon, Ana
Cobos Baena, Patricia
Domezain Del Campo, Monica
Esnaola Aguirrezabala, Maria Jose
Etxeguren Urkixo, Ianire
Fernández Martínez de Mandojana, Magdalena
Lamiquiz Linares, Eva
Lopez De la Serna, Maria Jose
Neve Lete, Itziar
Pombo Ramos, Haizea
Saizarbitoria Suinaga, Maddi

• Modelo Asistencial

Tamayo Medel, Gontzal (coordinador)
Arevalo Lobera, Sara
Astigarraga Aguirre, Itziar
Berganzo Corrales, Koldo
Ciordia Domínguez, Roberto
Eíto Valdovinos, Clara
Ferreiro Quintana, Josefa
Garate Echenique, Lucia
García Ruiz, Juan Carlos
Martínez de Albéniz Zabaleta, Maite
Murga Eizagaechevarria, Nekane
Romeo Ollora, Jorge
Sala Gonzalez, Maria Ángeles
Urraca De la Serna, Jose Maria

• Promoción y Prevención

Cambra Contin, Koldo (coordinador)
Aldasoro Unamuno, Elena
Carassa, Wladimir
Gisasola Yeregi, Aitor
Herrero Alaña, Guillermo
Iturralde Pinedo, Arrate
Iturriaga Madariaga, Gorka
Latasa Zamalloa, Pello
Martin Diez, Maria Jesus
Nuin Gonzalez, Beatriz
Romeo Ollora, Jorge

• Detección Precoz

Portillo Villares, Isabel (coordinadora)
Alayo Bueno, Itxaso
Arenaza Lamo, Edurne
Armenteros Yeguas, Victoria
Bao Pérez, Fidencio
Del Rio Pisabarro, Camino
Garitano Gutierrez, Ignacio
Gonzalez Rábago, Yolanda
Gisasola Yeregi, Aitor
Gutierrez Stampa, Maria Ángeles
Lekumberri Cortes, Iñigo
Mujika Eizmendi, Karmele
Otaolea Santacoloma, Leire
Quesada Ramos, Cristina
Sainz de Rozas Aparicio, Irene

• Atención Integral, Diagnóstico

Otaolea Santacoloma, Leire (coordinadora)
Aloa Hermoso de Mendoza, Irantzu
Amutio Diez, Elena
Ciordia Domínguez, Roberto
García Etxeberria, Larraitz
Gil Molet, Alejandra
Gómez Lamas, David
Hernández Santos, Esther
Lopez De Gamboa, Itziar
Martínez Kareaga, Mireia
Moro Casuso, Inmaculada
Oyarzabal Pérez, Igor
Ruiz Diaz, Irune

• Atención Integral, Tratamiento

Urraca De la Serna, Jose Maria (coordinador)
Areizaga Albisua, Ane
Benítez Delgado, Beatriz
Betolaza San Miguel, Jon Iñaki
De Miguel Cascon, Monike
Diaz del Val, Ismael
Domínguez Fernández, Severina
Ferreiro Quintana, Josefa
Gainza Gonzalez, Eukene
Jimenez Agüero, Raúl
Mallabiabarrena Ormaechea, Gaizka
Murga Eizagaechevarria, Nekane
Omaechevarria Legarra, Edurne
Panizo Santos, Carlos
Pomposo Gastelu, Iñigo
Poza De Celis, Raúl

• Atención Integral, Continuidad de Cuidados

Sala Gonzalez, Maria Ángeles (coordinadora)
Arriba Marcos, Beatriz
Barandiaran Igoa, Aitziber
Barayazarra Irazola, Dalda
Blanco Zapata, Rosa
Bringas Diez, Mikel
García Vaquero, Nuria
Gómez Mediavilla, Jenifer
Hasson, Naomi
Ispizua Ojanguren, Maite
Larrañaga Unanue, Ihintza
Muñoz Tena, Ramón
Ochoa de Retana García, Lourdes
Ortiz Zaldumbide, Paula
Sáenz Del Burgo Guerra, Estibaliz
Sistiaga Suarez, Alexander
Zeberio Etxetxipia, Izaskun

• Resultados en Salud, Sistemas de Registro, Información y Vigilancia

Sorrarain Odriozola, Yon (coordinador)
Alberdi Arbelaiz, Ander
Cantero Gonzalez, David
Cobos Baena, Patricia
Gallego Camina, Inés
García Lorenzo, Borja
Gil Molet, Alejandra
Gómez Inhiesto, Elisa
Gómez Iturriaga, Alfonso
Iruretagoiena Sánchez, Maria Luisa
Latasa Zamalloa, Pello
Lázaro-Carrasco De la Fuente, Maria Jesus
Lopez Arbeloa, Gonzalo
Lopez de Munain Marques, Arantza
Madrid Conde, Maite
Millán Ortuondo, Eduardo
Muruaga Infante, Maria Asunción

Ogueta Lana, Mikel
Segurola Lázaro, Blanca
Tamayo Medel, Gontzal

• Investigación e Innovación

Mendoza Arteche, Lorea (coordinadora)
Astigarraga Aguirre, Itziar
Azkona Uribelarrea, Eider
Borrego Rabasco, Francisco
Bourantas, Dimitri
Cacicedo Fernández-Bobadilla, Jon
Eíto Valdovinos, Clara
Fullaondo Zabala, Ane
Galve Calvo, Elena
García Fidalgo, Marian
Garitano Gutierrez, Ignacio
Gutierrez Ibarluzea, Iñaki
Jimenez Barbero, Jesús
Mendibe Bilbao, Mar
Muñoz Caffarel, María
Otaño Arino, María
Ulibarri Ochoa, Ainhoa
Verdoy Berastegui, Lola
Vergara Mitxeltorena, Itziar

Workshop

Peiró Callizo, Enrique
Tamayo Medel, Gontzal
Martínez de Albéniz Zabaleta, Maite
Sala Gonzalez, Maria Ángeles
Urraca De la Serna, Jose Maria
Arrospide Elgarresta, Arantzazu
Diez Ozaeta, Iñaki
Sorrarain Odriozola, Yon
Betolaza San Miguel, Jon Iñaki
Gutierrez Ibarluzea, Iñaki
Herrero Alaña, Guillermo
Amutio Diez, Elena
Arévalo Lobera, Sara
Armenteros Yeguas, Victoria
Astigarraga Aguirre, Itziar
Cambra Contin, Koldo
Ferreiro Quintana, Josefa
Gallego Camina, Inés
Guerra, Nicolás
Malda Salinas, Verónica
Mendoza Arteche, Lorea
Murga Eizagaechevarria, Nekane
Otaolea Santacoloma, Leire
Portillo Villares, Isabel
Berganzo Corrales, Koldo
Romeo Ollora, Jorge
Serna Rodríguez, Francisco
Aldasoro Unamuno, Elena
Almaraz Ruiz Eguilar, Maria Jose
Aritzeta Iraola, Jose Maria
Arrizabalaga Azurmendi, Javier
Calzada Barrena, Javier
Cantero Gonzalez, David
Cintora León, Elena
Diez Del Val, Ismael
Elduayen Olleta, Leire
Fullaondo Zabala, Ane
Garate Echenique, Lucia
Garitano Gutierrez, Ignacio
Gil Molet, Alejandra
Gisasola Yeregi, Aitor
Hidalgo, Emma
Iruretagoiena Sánchez, Maria Luisa
Iturriaga Madariaga, Gorka
Latasa Zamalloa, Pello
Leizea Ortega, Xabier
Loizate Totoricaguena, Alberto
Lopez de Munain Marques, Arantza
Mendibe Bilbao, Mar
Muñoz Llarena, Alberto
Neve Lete, Itziar
Nuin Gonzalez, Beatriz
Ocio Armentia, Jesus Ángel
Omaetxebarria Legarra, Edurne
Regalado De los Cobos, Jose
Ruiz Diaz, Irune
Segurola Lázaro, Blanca
Vergara Mitxeltorena, Itziar

Panel de Contraste de Pacientes

Cabezas Rodríguez, Jose Antonio
Gonzalez Bustinza, Enara
Olaeta, Pedro Maria
Oregui Unamuno, Oier
Ozaeta Domaica, Montserrat
Pina Rubio, Enrique
Rodríguez Gómez, Leire

Panel de Contraste de Asociaciones

ACAMBI
Asociación de personas afectadas de Cáncer de Mama de Bizkaia.

AECC
Asociación Contra el Cáncer

IZAN INURRI

KATXALIN
Asociación de mujeres afectadas de cáncer de mama y ginecológico de Gipuzkoa

MAITE TA BIZI
Asociación de cáncer de mama metastásico en Euskadi

PAUSOZPAUSO
Apoyo a Pacientes Oncohematológicos

POP
Plataforma de Organizaciones de Pacientes

UMEEKIN
Federación Vasca de Asociaciones de Padres y Madres de niños, niñas y adolescentes con cáncer

Otros Profesionales Consultados

Basterretxea Badiola, Laura
López Almaraz, Ricardo
López de San Vicente Hernández, Borja
Uriz Monaut, Jose Javier

Otros grupos de Contraste

Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco

Grupo ONKO-ON, Euskampus Fundazioa, Universidad del País Vasco

Consejo Asesor del Cáncer

Tamayo Medel, Gontzal (presidente)

Sala Gonzalez, María Ángeles (secretaría)

Armenteros Yeguas, Victoria

Arévalo Lobera, Sara

Ferreiro Quintana, Josefa

Fuertes Vélez, Francisco Javier

Martínez de Albéniz Zabaleta, Maite

Martínez Del Prado, Purificación

Poza de Celis, Raúl

Urrutikoetxea Ribate, Ander

Zeberio Etxetxipia, Izaskun

Almaraz Ruiz Eguilar, Maria Jose
(en representación de la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos)

Arrieta Ayestarán, Milagros
(en representación de la Sociedad Vasca de Medicina Familiar y Comunitaria)

Escalante Martín, Maite
(en representación de la Sociedad Vasco-Navarra de Patología Digestiva)

García Echeberria, Larraitz
(en representación de la Socidedad. Vasco-Navarra de Patología Respiratoria)

Goyenechea, Ane
(en representación de Osatzen)

Lekuona Artola, Arantxa
(en representación de la Sociedad Vasca de Ginecología y Obstetricia)

Malda Salinas, Verónica
(en representación de la Asociación Contra el Cáncer)

Comité autonómico de coordinación asistencial para la gestión de la atención del cáncer infantil y en adolescentes

Tamayo Medel, Gontzal (presidente)

Astigarraga Aguirre, Itziar (secretaría)

Aguirre Pascasio, Lizar

Berganzo Corrales, Koldo

Calvo Monge, Cristina

Fuertes Vélez, Francisco Javier

Garrote Llanos, Elisa

López Almaraz, Ricardo

Mendibe Bilbao, Mar

Sala Gonzalez, María Ángeles

Uriz Monaut, Jose Javier

Vergara Mitxeltorena, Itziar

Xabier Leizea Ortega
(en representación de UMEEKIN)

Cabero Pérez, Mª Jesús
(en representación de la Consejería de Sanidad de Cantabria)

López Duarte, Mónica
(en representación de la Consejería de Sanidad de Cantabria)


Osakidetza


EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD