European Cancer Inequalities Registry

ESPAÑA

Perfiles nacionales de cáncer

2023

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Serie de perfiles nacionales de cáncer

El Registro Europeo de Desigualdades frente al Cáncer es una iniciativa emblemática del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer. Dicho registro proporciona datos sólidos y fiables en materia de prevención y atención del cáncer con el fin de detectar tendencias, disparidades y desigualdades entre los Estados miembros y las distintas regiones. Los perfiles nacionales de cáncer determinan los puntos fuertes, los desafíos y los ámbitos de actuación específicos de cada uno de los veintisiete Estados miembros de la UE, Islandia y Noruega, al objeto de orientar la inversión y las intervenciones a escala de la UE, nacional y regional en el marco del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer. El Registro Europeo de las Desigualdades en el Cáncer también apoya la iniciativa emblemática 1 del Plan de Acción Contaminación Cero.

Los perfiles han sido elaborados por la OCDE en cooperación con la Comisión Europea. El equipo agradece las valiosas aportaciones de los expertos nacionales, y los comentarios proporcionados por el Comité de Salud de la OCDE y por el grupo temático de expertos de la UE sobre el Registro de Desigualdades frente al Cáncer.

Fuentes de datos e información

Los datos y la información que contienen los perfiles nacionales de cáncer se basan principalmente en las estadísticas oficiales nacionales facilitadas a Eurostat y la OCDE, que han sido validadas para garantizar los niveles más elevados de comparabilidad de datos. Las fuentes y los métodos en que se fundamenta dicha información están disponibles en la base de datos de Eurostat y la base de datos de salud de la OCDE.

También se han empleado datos procedentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), el Institute for Health Metrics and Evaluation (Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud, IHME) y otras fuentes nacionales (independientes de intereses privados o comerciales). Los promedios calculados de la UE son medias ponderadas de los veintisiete Estados miembros salvo que se especifique otra cosa. Estos promedios de la UE no incluyen a Islandia y Noruega. La paridad del poder adquisitivo (PPA) se define como la tasa de conversión monetaria que equipara el poder adquisitivo de diferentes divisas eliminando las diferencias de niveles de precios entre países.

Cláusula de exención de responsabilidad: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.
This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".
Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

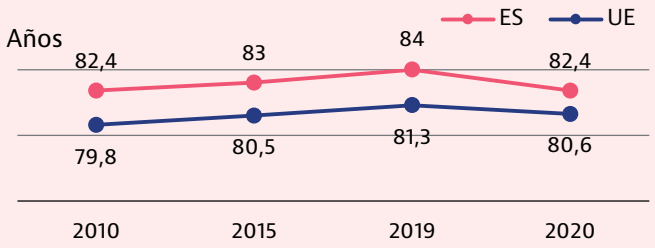
©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsand-conditions.

Índice

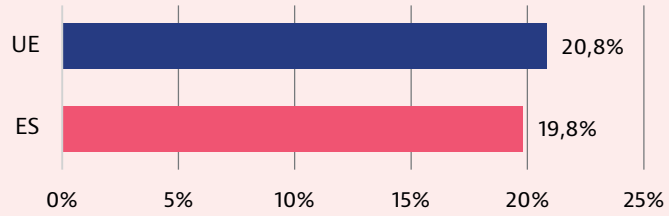
1. DATOS DESTACADOS 3
2. EL CÁNCER EN ESPAÑA 4
3. FACTORES DE RIESGO Y POLÍTICAS DE PREVENCIÓN 7
4. DETECCIÓN PRECOZ 9
5. FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA 11
5.1 Accesibilidad 11
5.2 Calidad 13
5.3 Costes y rentabilidad 16
5.4 COVID-19 y cáncer: reforzar la resiliencia 17
6. DESIGUALDADES EN EL PUNTO DE MIRA 18

Resumen de las características principales del sistema sanitario

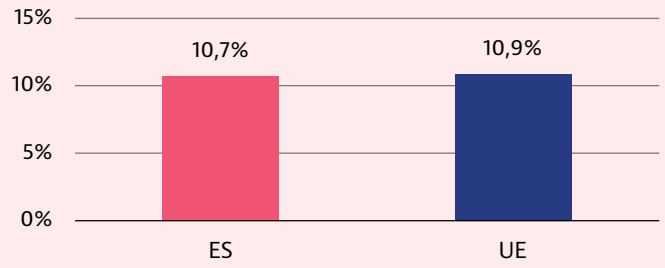
ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)



PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON 65 AÑOS O MÁS (2021)

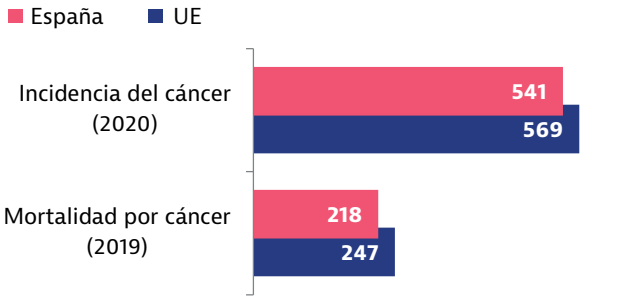


GASTO SANITARIO COMO PORCENTAJE DEL PIB (2020)



Fuente: Base de datos de Eurostat.

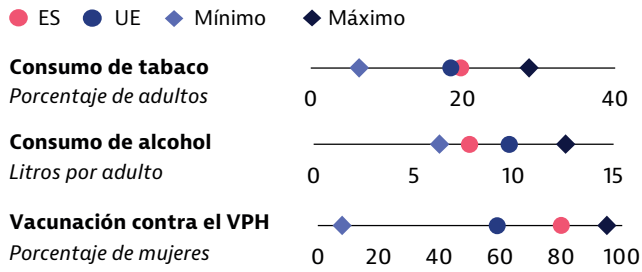
1. Datos destacados



Tasa ajustada por edad por cada 100 000 habitantes

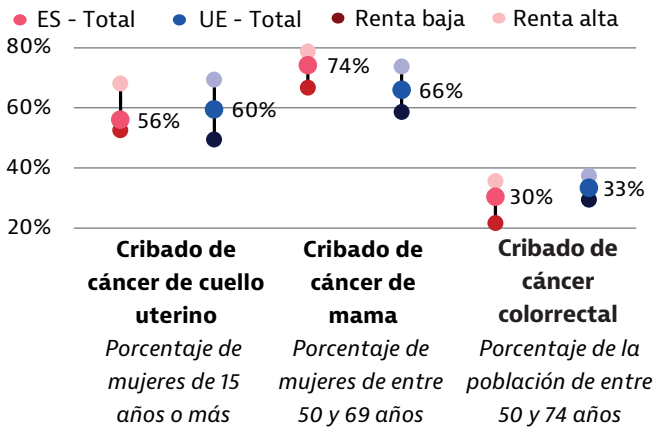
El cáncer en España

Las tasas estimadas de incidencia y mortalidad del cáncer en España figuran entre las más bajas de la UE. En 2020 se preveían 541 nuevos casos de cáncer por cada 100 000 habitantes, y en 2019 se atribuyeron a esta enfermedad 218 muertes por cada 100 000 habitantes, una cifra inferior a la media de la UE.



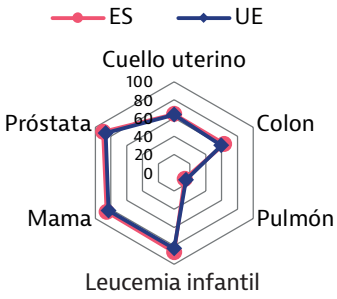
Factores de riesgo y políticas de prevención

La proporción de fumadores diarios en 2019 en España fue ligeramente superior a la media de la UE. El consumo de alcohol se ha reducido desde el año 2000 y se situó por debajo de la media de la UE en 2020. La tasa de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) entre las niñas de quince años ha aumentado más de un 15 % desde 2012 y actualmente es una de las más altas de la UE.

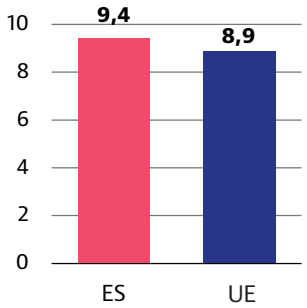


Detección precoz

Las tasas de participación en los programas de cribado de cáncer colorrectal y de cuello uterino (cérvix) en 2019 fueron ligeramente inferiores en España que en la UE, pero la participación en el cribado de cáncer de mama fue superior. Se observan brechas de participación en los programas de cribado entre los grupos de diferentes niveles de estudios y de ingresos. Las mujeres españolas con mayores ingresos acudieron a programas de cribado de cáncer de mama un 18 % más que aquellas con rentas más bajas.



Tasa neta de supervivencia a los cinco años por localización del cáncer, 2010-2014



Número de centros por cada 100 000 habitantes, 2007-2022

Funcionamiento de la atención oncológica

El Sistema Nacional de Salud español se basa en la universalidad, lo que limita las barreras financieras de acceso a la asistencia. Sin embargo, existen grandes variaciones en cuanto a capacidad de personal sanitario, acceso a tratamientos oncológicos innovadores y disponibilidad de equipos de radioterapia entre las distintas comunidades autónomas, lo que dificulta el acceso a una asistencia adecuada y oportuna. La calidad asistencial ha aumentado durante la última década, con tasas de supervivencia a los cinco años que se sitúan por encima de las medias de la UE para la mayoría de los tipos de cáncer. Un mayor cumplimiento de las normas mínimas de calidad a nivel autonómico; la mejora de la cobertura de los registros de cáncer de todo el país; y una mayor concentración de los tratamientos y procedimientos asistenciales específicos contra el cáncer en unidades de referencia con más experiencia mejorarán aún más la calidad.

2. El cáncer en España

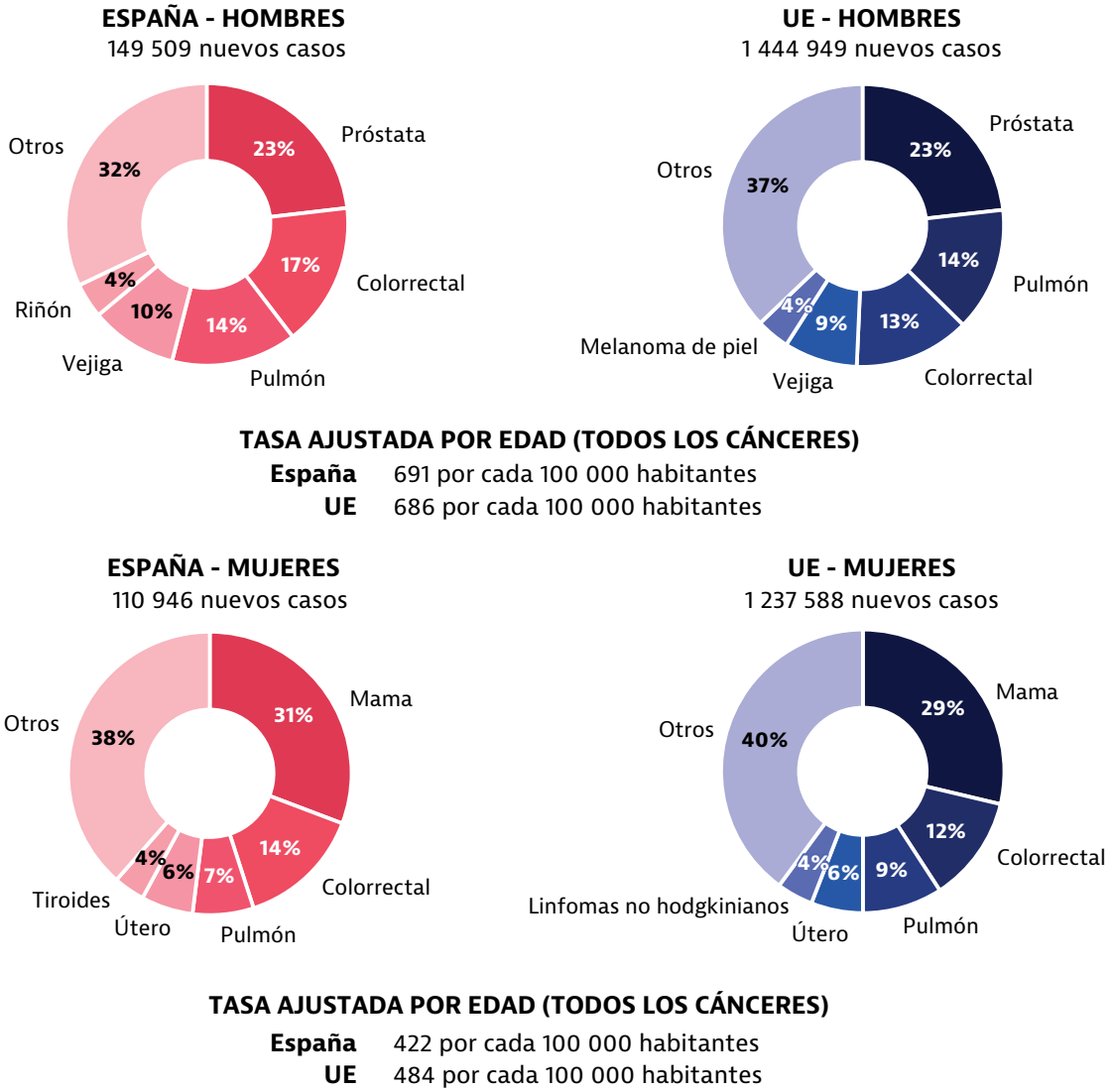
La incidencia del cáncer es menor en España que en el resto de la UE

Según el Sistema Europeo de Información del Cáncer (ECIS, por sus siglas en inglés) del Centro Común de Investigación, teniendo en cuenta la evolución de la incidencia en los años anteriores a la pandemia, se preveían alrededor de 260 000 nuevos casos de cáncer en España en 2020 (Gráfico 1). Se esperaba que la tasa de incidencia ajustada por edad del cáncer fuera un 15 % inferior a la media de la UE entre las mujeres, pero ligeramente superior a la media de la UE en el caso de los hombres. Esto se debe principalmente a la incidencia relativamente elevada del cáncer colorrectal, de pulmón, de riñón y de hígado entre los hombres en comparación con las mujeres, y a la incidencia relativamente baja de los cánceres femeninos, en particular los de mama, útero, ovario y cuello uterino.

Los principales tipos de cáncer previstos entre los hombres españoles eran el cáncer de próstata (23 %), el cáncer colorrectal (17 %), el cáncer de pulmón (14 %) y el

Gráfico 1. Los principales tipos de cáncer previstos en 2020 eran el cáncer de mama, el cáncer de próstata y el cáncer colorrectal

Distribución de la incidencia del cáncer por sexo en España y en la UE



Nota: El cáncer del cuerpo del útero no incluye el cáncer de cuello uterino. Estas estimaciones se calcularon antes de la pandemia de COVID-19, teniendo en cuenta la evolución de la incidencia en años anteriores, y pueden diferir de las tasas observadas en los últimos años.
Fuente: Sistema Europeo de Información del Cáncer (ECIS). Extraído del sitio https://ecis.jrc.ec.europa.eu, consultado el 9 de mayo de 2022. © Unión Europea, 2022.

cáncer de vejiga (10 %). Entre las mujeres españolas, se esperaba que el cáncer de mama (31 %) fuera el cáncer diagnosticado con mayor frecuencia, seguido del cáncer colorrectal (14 %), el cáncer de pulmón (7 %) y el cáncer de útero (6 %) (Gráfico 1). Asimismo, se estimó que la tasa de incidencia ajustada por edad del cáncer de cuello uterino en España se situaría entre las más bajas de la UE en 2020 (7,8 por cada 100 000 mujeres frente a 12,8 en la UE), lo que equivale a 1 957 nuevos casos que se prevían en la población femenina.

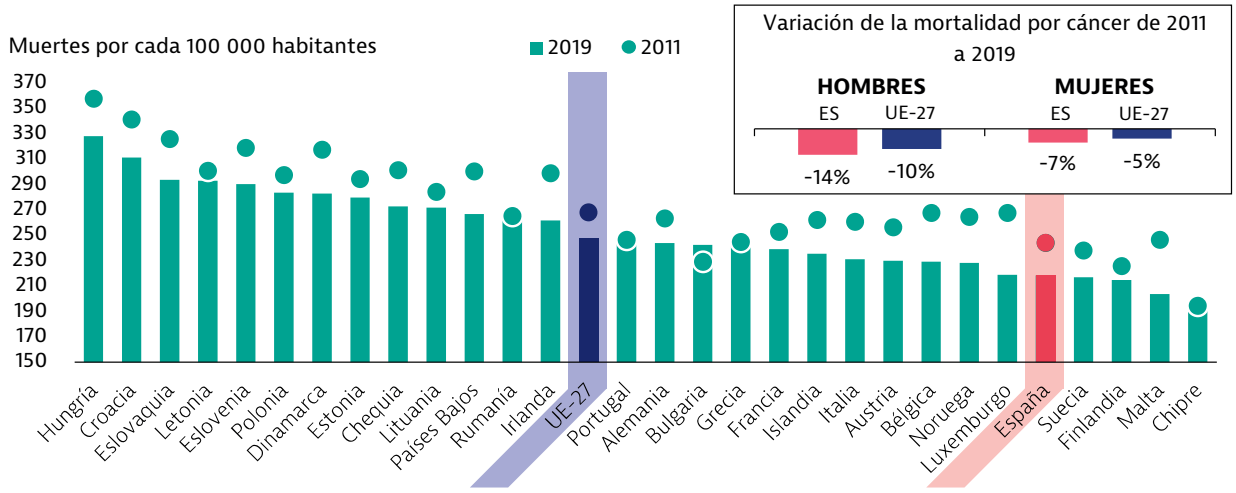
Se estimó que en 2020 el cáncer gástrico (de estómago) constituiría el 3 % de los nuevos casos de cáncer en los hombres y el 2 % en las mujeres, y que el melanoma de piel representaría el 2 % de los nuevos casos de cáncer en los hombres y el 3 % en las mujeres. En cuanto al cáncer pediátrico, la tasa de incidencia ajustada por edad en niños menores de quince años en 2020 fue de 15 por cada 100 000, similar a la media de la UE. En 2013, el número estimado de nuevos casos de cánceres raros en España fue de 57 601.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en España

En 2019 se atribuyeron al cáncer alrededor de 218 muertes por cada 100 000 habitantes ajustados por edad, una tasa superior a la mortalidad registrada por enfermedades del sistema circulatorio.

España presenta una de las tasas de mortalidad por cáncer más bajas de la UE, junto con Suecia, Finlandia, Malta y Chipre (Gráfico 2). La mortalidad total por cáncer ha disminuido en un 11 % en España desde 2011, sobre todo entre los hombres (14 %), lo que supone una reducción más rápida que el promedio de la UE del 8 %.

Gráfico 2. La mortalidad por cáncer es una de las más bajas de la UE y ha disminuido desde 2011



Nota: La media de la UE es ponderada (calculada por Eurostat para el período 2011-2017 y por la OCDE para el período 2018-2019).
Fuente: Base de datos de Eurostat.

En general, durante 2000 y 2017, los años potenciales de vida perdidos a causa de tumores malignos registraron una disminución relativa del 26 %, y representaron 1 235 años de vida perdidos por cada 100 000 habitantes de hasta setenta y cinco años de edad en 2017. La disminución relativa fue mucho mayor entre los hombres (33 %) que entre las mujeres (14 %), con 1 487 y 1 000 años de vida perdidos en 2017, respectivamente.

El cáncer de pulmón y colorrectal siguen siendo las dos principales causas de muerte por cáncer

De todas las muertes relacionadas con el cáncer que tuvieron lugar en España en 2019, las tasas de mortalidad fueron más elevadas en los cánceres de pulmón, colorrectal y de páncreas, seguidos del cáncer de mama en el caso de las mujeres y del cáncer de próstata en el caso de los hombres (Gráfico 3). En 2020, la mitad de las muertes por cáncer se atribuyeron a alguno de estos principales tipos de cáncer.

En 2019, el cáncer gástrico (de estómago) registró una tasa de mortalidad global de 10 por cada 100 000 habitantes, la misma que la media de la UE, mientras que el melanoma de piel representó una tasa de 2 por cada 100 000 habitantes.

Casi todas las principales causas de mortalidad por cáncer han experimentado reducciones desde 2011, siendo los cánceres de vejiga (– 28 %), el de estómago (– 23 %), el de próstata (– 20 %), el colorrectal (– 14 %) y el de mama (– 13 %) los que más han disminuido. La ratificación del objetivo de alcanzar una cobertura del 50 % de la población diana en los programas de cribado de cáncer colorrectal en el marco de la actualización de 2009 de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, el aumento de las tasas de participación en los programas de cribado de cáncer de mama y la reducción general de los comportamientos de riesgo podrían haber contribuido a dichas disminuciones (véanse las secciones 3 y 4).

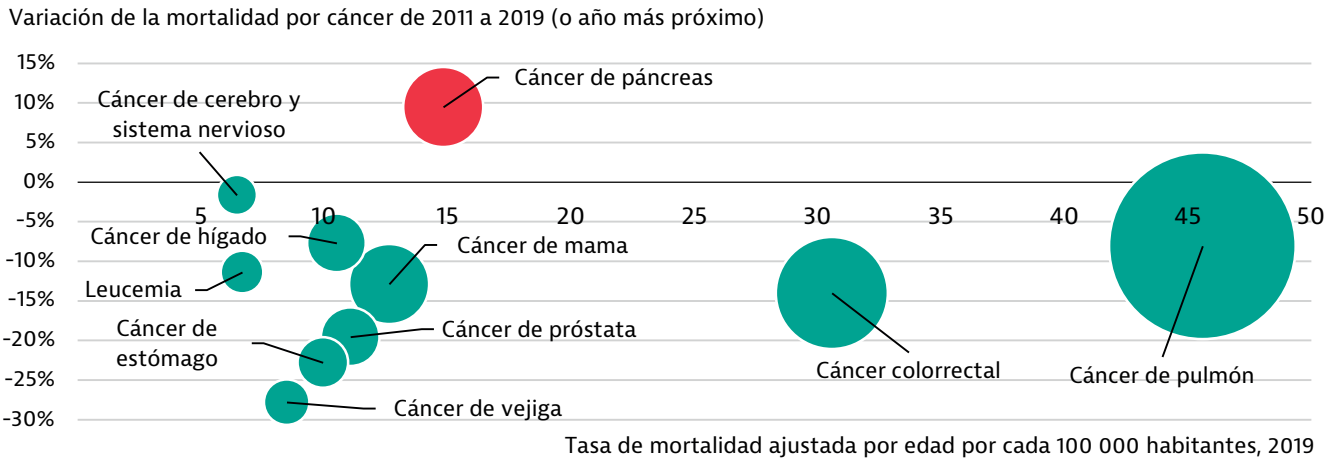
Por el contrario, la tasa de mortalidad por cáncer de páncreas ha aumentado casi un 10 % desde 2011: causó 7 400 muertes en 2019, lo que supuso el 7 % de todas las muertes por cáncer. A pesar de la incidencia relativamente baja estimada para 2020 (8 200 por cada 100 000 habitantes), el cáncer de páncreas es uno de los más letales, con una de las tasas de supervivencia más

bajas debido al diagnóstico tardío y a la ineficacia del tratamiento.

Entre 2011 y 2019, la mortalidad por cáncer de cuello uterino disminuyó un 13,2 % en España (frente a un descenso del 9,7 % en el conjunto de la UE), y la tasa se situó entre las más bajas de la UE (2,4 % frente al 3,9 %).

La incidencia relativamente baja del cáncer de cuello uterino, la elevada cobertura de la vacunación contra el VPH y la introducción del cribado poblacional de este tipo de cáncer (ofrecido a una población diana específica de riesgo) contribuyen a la baja mortalidad (véanse las secciones 3 y 4).

Gráfico 3. La mortalidad por cáncer disminuyó en la mayoría de los tipos de cáncer entre 2011 y 2019



Nota: Las burbujas rojas indican un aumento de la variación porcentual de la mortalidad por cáncer durante el período 2011-2019 y las burbujas verdes indican una disminución. El tamaño de las burbujas es proporcional a las tasas de mortalidad en 2019. La mortalidad de algunos de estos tipos de cáncer es baja, por lo que la variación porcentual debe interpretarse con cautela. Los tamaños de las burbujas correspondientes a las tasas de mortalidad no son comparables entre países.
Fuente: Base de datos de Eurostat.

La mortalidad por cáncer es mayor entre los hombres que entre las mujeres, pero la brecha de género se está reduciendo

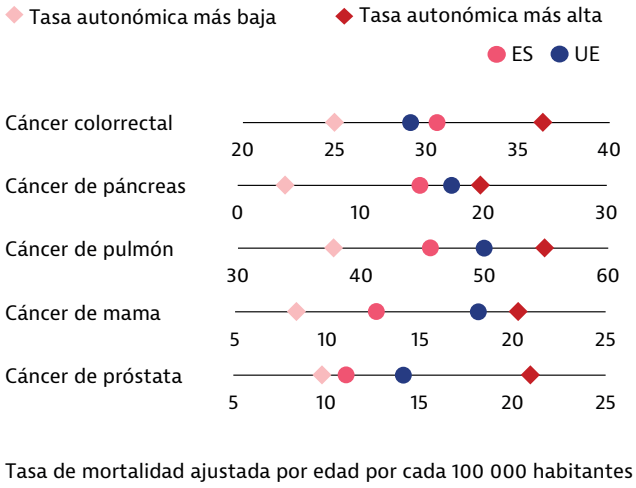
Las tasas globales de mortalidad por cáncer son dos veces más elevadas en los hombres que en las mujeres, lo que refleja una mayor incidencia entre los primeros (sobre todo en lo que respecta al cáncer colorrectal y de pulmón) y una mayor exposición a los factores de riesgo (véase la sección 3). Sin embargo, en los últimos años, el descenso más rápido de la mortalidad por cáncer entre los hombres (véase el Gráfico 2) ha reducido esta brecha de género. Esto puede explicarse, en parte, por el incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres (que aumenta a una tasa media anual del 3 % desde 2011), que responde a cambios en el consumo de tabaco (véase la sección 3).

Las muertes por cáncer varían en gran medida entre las comunidades autónomas

En España se observan importantes diferencias autonómicas en cuanto a las tasas de mortalidad por cáncer. Mientras que la comunidad que registró la tasa global de mortalidad por cáncer más baja en 2019 (Madrid, con 199 por cada 100 000 habitantes) se sitúa en el nivel del país con mejores resultados de la UE, la comunidad con la tasa más alta (Asturias, con 248 por cada 100 000 habitantes) está próxima a la media de la UE.

Estas disparidades son aún mayores si se atiende a los distintos tipos de cáncer: las tasas autonómicas más elevadas de mortalidad por cáncer colorrectal, de páncreas, de pulmón y de mama se situaron por encima de las medias de la UE (Gráfico 4). Estas variaciones geográficas se han reportado consistentemente en la literatura especializada, señalando diferencias en la exposición a factores de riesgo, entre otros aspectos.

Gráfico 4. Las tasas de mortalidad por cáncer varían de forma sustancial entre las comunidades autónomas



Nota: Las comunidades autónomas comprenden las diecisiete comunidades autónomas y las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.
Fuente: Base de datos de Eurostat.

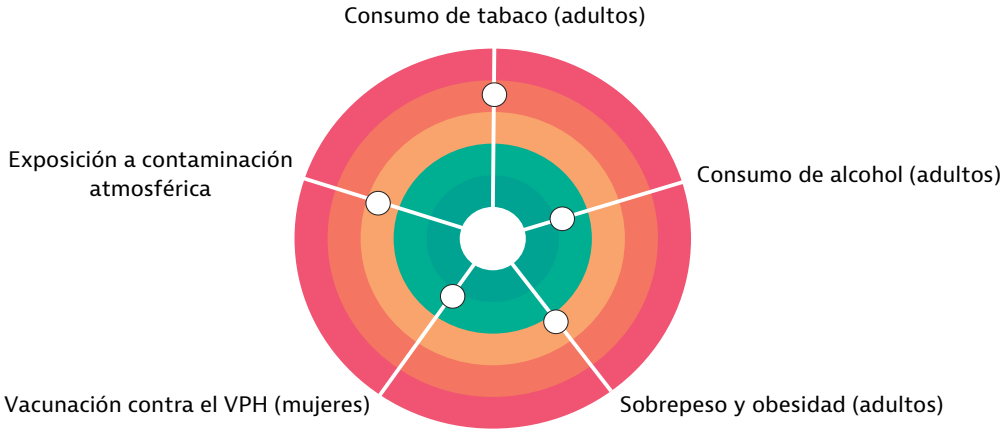
La prevención constituye uno de los ejes centrales en la actualización de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud español

En 2006, España aprobó la primera versión de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, fruto de la cooperación de sociedades científicas, asociaciones de pacientes, profesionales expertos en atención oncológica y representantes de todas las comunidades autónomas. La Estrategia se actualizó en 2021 en consonancia con el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer (Comisión Europea, 2021). Entre los objetivos primordiales de la Estrategia actualizada figuran la promoción de la salud y la prevención en cáncer (véase la sección 3); la definición de un modelo de implantación de la oncología de precisión en el sistema sanitario; la centralización de las asistencia sanitaria en unidades de referencia para los tumores raros (incluidos los pediátricos) y los procedimientos de alta complejidad; y concentrarse en la investigación como herramienta fundamental para mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la calidad de vida de los pacientes. En 2020, el gasto en prevención se situó en el 3,2 % del gasto sanitario actual, es decir, por debajo de la media de la UE (3,4 %).

3. Factores de riesgo y políticas de prevención

Los datos de España son relativamente buenos en comparación con la mayoría de los demás países de la UE por lo que respecta a los factores de riesgo de cáncer modificables, como el consumo de alcohol y las tasas de sobrepeso y obesidad, que se sitúan todos ligeramente por debajo de la media de la UE (Gráfico 5). No obstante, el consumo de tabaco sigue estando algo por encima del promedio de la UE, y la exposición a la contaminación atmosférica esta similar a la media de la UE.

Gráfico 5. El tabaquismo y la exposición a la contaminación atmosférica son los principales factores de riesgo asociados al cáncer en España



Nota: Cuanto más cerca del centro está el punto, mejores resultados tiene el país en comparación con otros países de la UE. No hay ningún país en la «zona objetivo» blanca porque existe margen de mejora en todos los países y en todos los ámbitos.
Fuentes: Cálculos de la OCDE basados en la encuesta europea de salud por entrevista (EHIS, por sus siglas en inglés) de 2019 para las tasas de tabaquismo y sobrepeso u obesidad; estadísticas de salud de la OCDE 2022 y Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud (GISAH, por sus siglas en inglés) de la OMS para el consumo de alcohol (2020); la OMS para la vacunación contra el VPH (a través del formulario conjunto de la OMS y UNICEF para la notificación de datos sobre inmunización) (2020), y Eurostat para la contaminación atmosférica (2019).

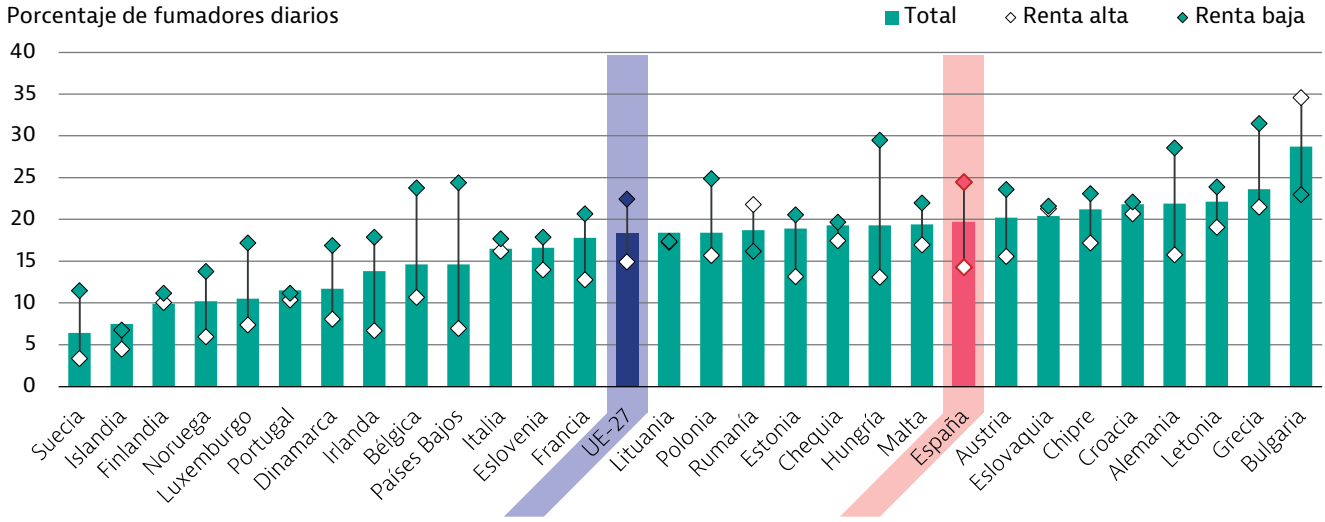
La proporción de fumadores diarios de cigarrillos es elevada en España y presenta importantes desigualdades socioeconómicas

Según la EHIS, uno de cada cinco adultos españoles declaró fumar diariamente cigarrillos en 2019 (gráfico 6): una proporción superior al promedio de la UE a pesar de las reducciones registradas en los últimos diez años. Alrededor del 23 % de los hombres adultos afirmó fumar cigarrillos a diario, frente al 16 % de las mujeres adultas (EESE, 2020). También son importantes las diferencias entre los distintos grupos de edad: la proporción de fumadores diarios de edades comprendidas entre quince y sesenta y cinco años (23 %) triplicó el porcentaje de fumadores de sesenta y cinco años o más (8 %).

En España, factores socioeconómicos como los niveles de educación e ingresos están estrechamente ligados al hábito de fumar. En 2019, la proporción de fumadores adultos diarios fue casi un tercio más elevada en el

grupo con menor nivel educativo (21 %) que en el de las personas con más estudios (16 %). La proporción de fumadores diarios con rentas bajas fue aproximadamente del 25 % (Gráfico 6), mientras que solamente representó un 14 % en el tramo de más ingresos, una brecha que ha ido en aumento desde 2014[1].

Gráfico 6. En España existe una importante brecha de ingresos en la proporción de fumadores diarios



Nota: La media de la UE es ponderada (calculada por Eurostat).
Fuente: Base de datos de Eurostat (EHIS). Los datos corresponden a 2019.

Se han adoptado varias iniciativas para reducir el consumo de tabaco, pero la atención a los grupos vulnerables sigue siendo limitada

En 2005, España aprobó una primera Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo, regulando la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, que en 2010 facilitó la creación de espacios públicos libres de humo y la promoción de programas de apoyo para dejar de fumar, en especial en la atención primaria. En 2017 se aprobó una nueva ley para regular la venta, distribución, consumo y publicidad del tabaco. También se ha elevado el impuesto que grava los cigarrillos y el tabaco de liar.

El Ministerio de Sanidad español ha estado trabajando en una actualización del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo con vistas a reducir el consumo de tabaco y sus derivados para el período 2022-2025 como primer paso para alcanzar el objetivo principal del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer de reducir la prevalencia del consumo diario de tabaco por debajo del 5 % de aquí a 2040. Los principales pilares de esta estrategia actualizada son la ampliación de los espacios sin humo, incluidas las playas y las terrazas de bares y restaurantes; la introducción del empaquetado neutro del tabaco, a raíz de las experiencias positivas de otros países; y la subida de los impuestos sobre los productos del tabaco para equipararlos a los aplicados por países vecinos. Aunque el Gobierno central aún no ha aprobado esta iniciativa, algunas comunidades autónomas han tomado las primeras medidas para aplicar normas más restrictivas en materia de tabaquismo. En 2022, Cataluña anunció planes para prohibir fumar en terrazas, paradas de autobús y alrededores de centros escolares, así como para ofrecer de forma gratuita tratamientos sustitutivos de nicotina a las personas con rentas inferiores a 18 000 EUR anuales. Estos cambios se han anunciado pero aún no se han aplicado.

El consumo de alcohol ha aumentado durante la última década

El consumo de alcohol ha disminuido entre los adultos españoles desde el año 2000, y en 2020 fue inferior al de otros países de la UE (7,8 litros per cápita, frente al promedio de la UE de 9,8 litros). No obstante, según el CIIC, la tasa ajustada por edad de incidencia de cáncer atribuible al alcohol por cada 100 000 habitantes en 2020 fue superior a las medias de la UE en los cánceres de hígado, colon y colorrectal.

En 2017, el Gobierno español estableció un aumento del impuesto sobre las bebidas alcohólicas (4,7 %), aunque la cerveza tiene un tipo impositivo más bajo que el alcohol de alta graduación, y el vino está exento del impuesto. La Estrategia Nacional sobre Adicciones aborda la necesidad de introducir nuevas políticas para regular la disponibilidad de acceso al alcohol y su comercialización como una oportunidad para mejorar la prevención, con especial atención a la población joven, que se considera uno de los principales grupos vulnerables.

La población con sobrepeso u obesidad es inferior a la de muchos países pero superior a la media de la UE

En 2019, más del 50 % de los adultos españoles tenían sobrepeso u obesidad, una proporción ligeramente

1 *Según la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020, se observa un gradiente social en la prevalencia del tabaquismo a expensas de las clases más desfavorecidas en la población general, aunque también es más marcado en los hombres.*

superior al promedio de la UE. Este porcentaje es mayor entre los hombres (61 %) que entre las mujeres (46 %), lo que podría explicarse, en parte, por las diferencias en los hábitos alimentarios. En 2019, una mayor proporción de mujeres que de hombres afirmó comer frutas (71 % frente al 64 %) y verduras (52 % frente al 41 %) al menos una vez al día.

Asimismo, existen importantes desigualdades en las tasas de sobrepeso y obesidad entre las personas con menor nivel educativo y las de niveles de estudios más alto, en particular en el caso de las mujeres. El porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesidad del grupo con menos estudios (59 %) fue casi el doble que el de las mujeres con mayor nivel de educación (32 %), lo que supone una brecha superior a la media de la UE. También existe una brecha educativa entre los hombres españoles, aunque menor que en el caso de las mujeres. Los malos hábitos alimentarios y los niveles más bajos de actividad física podrían contribuir a estas desigualdades observadas.

En 2021, España alcanzó un acuerdo con la industria alimentaria para incluir un etiquetado voluntario en la parte frontal de los envases de alimentos con el objetivo de promover una alimentación saludable. En mayo de 2022, el Gobierno puso en marcha el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil, con objetivos ambiciosos para 2030. El Plan se basa en medidas orientadas a promover el acceso a una alimentación adecuada, a horarios e instalaciones necesarias para la actividad física y el deporte, así como a crear las condiciones ideales para descansar y fomentar el bienestar emocional de los niños.

España presentó una elevada proporción de niñas de quince años vacunadas contra el virus del papiloma humano en 2020

El porcentaje de niñas españolas de quince años que habían recibido las dosis recomendadas de la vacuna contra el VPH aumentó del 58 % en 2012 al 80 % en 2020[2]. Este aumento de la cobertura es el resultado de un acuerdo nacional firmado en 2007 por todas las comunidades autónomas, aunque existen variaciones entre comunidades debido a las diferencias en materia de logística, aplicación y selección de cohortes de edad objetivo. Se ha registrado una mayor cobertura en las comunidades autónomas que disponen de programas de vacunación en los centros educativos que en las que solamente cuentan con programas en los centros sanitarios. A lo largo de 2022 se ha implantado la vacuna contra el VPH en niños en algunas comunidades españolas, y, recientemente, el Ministerio de Sanidad y los Gobiernos autonómicos han llegado a un acuerdo para introducir la vacunación contra el VPH en niños de entre once y doce años en el resto de España para el 2023.

La exposición a la contaminación atmosférica es menor en España que en la UE

En 2019, la exposición a partículas PM_{10}[3] en España alcanzó los 19,4 µg/m³, una cifra ligeramente por debajo de la media de la UE (20,5 µg/m³). España también registró una concentración de $PM_{2,5}$ inferior a la de la UE (11,8 µg/m³ frente a 12,6 µg/m³). Según el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), la exposición al ozono y a las $PM_{2,5}$ representó aproximadamente el 3 % de todas las muertes en España en 2019, una tasa inferior a la media del conjunto de la UE.

4. Detección precoz

Existen programas de cribado poblacional para el cáncer de mama, el cáncer colorrectal y el cáncer de cuello uterino

Se ha demostrado que los programas de cribado reducen la morbilidad y la mortalidad prematuras del cáncer y ayudan a mejorar la supervivencia. Los programas de cribado poblacional de cáncer resultan cruciales para abordar las desigualdades sociales y son eficaces cuando la población objetivo se determina de forma adecuada y los niveles de participación son elevados. La Estrategia en Cáncer española refleja las recomendaciones de la UE sobre el cribado de cáncer mediante la inclusión del cribado poblacional de cáncer colorrectal, de mama y de cuello uterino en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. No obstante, la aplicación de estas directrices es competencia de las comunidades autónomas, lo que provoca diferencias de cobertura y participación entre ellas.

En 2020 existían programas de cribado poblacional en todas las comunidades autónomas para las que se disponían de datos sobre el cáncer de mama (catorce comunidades) y el cáncer colorrectal (trece comunidades). Solo seis comunidades autónomas habían adoptado programas de cribado poblacional de cáncer de cuello uterino, muchos de los cuales todavía se encontraban en fase piloto o de aplicación parcial, excepto en el País Vasco (Molina-Barceló y otros, 2021).

2 *Según las coberturas nacionales oficiales de vacunación, casi el 82 % de las niñas de quince años recibieron las dosis recomendadas de la vacuna contra el VPH.*

3 *Las partículas (PM, del inglés particulate matter) se clasifican según su tamaño: las PM_{10} son las partículas con menos de 10 micrómetros de diámetro; las $PM_{2,5}$ son aquellas con menos de 2,5 micrómetros de diámetro.*

Las tasas de cribado de cáncer de mama son superiores a la media de la UE, pero existen grandes desigualdades socioeconómicas

El cribado poblacional de cáncer de mama se lleva a cabo en todas las comunidades y en ambas ciudades autónomas. En 2019, alrededor del 74 % de las mujeres españolas de entre cincuenta y sesenta y nueve años afirmaron haberse realizado una mamografía en los dos últimos años, frente al 66 % en el conjunto de la UE (Gráfico 7). Las bajas tasas de participación en los programas de cribado se concentraron en los grupos de mujeres con menor nivel de estudios y de ingresos. En 2019 se observaron brechas significativas en los porcentajes de cribado de cáncer de mama notificados entre las mujeres españolas con los niveles más bajos (71 %) y más altos (77 %) de estudios y entre aquellas con menores (67 %) y mayores ingresos (79 %). Estas diferencias son inferiores al promedio de todos los países de la UE.

En Extremadura, un estudio retrospectivo de mujeres que no acudieron a sus citas de cribado concluyó que las principales causas de la falta de asistencia eran la mala coordinación entre los niveles de atención sanitaria, la escasa alfabetización sanitaria, los fallos en los sistemas de información y los problemas de accesibilidad (Muñoz-Sanz y otros, 2021).

El cribado poblacional de cáncer de cuello uterino se introdujo en 2019

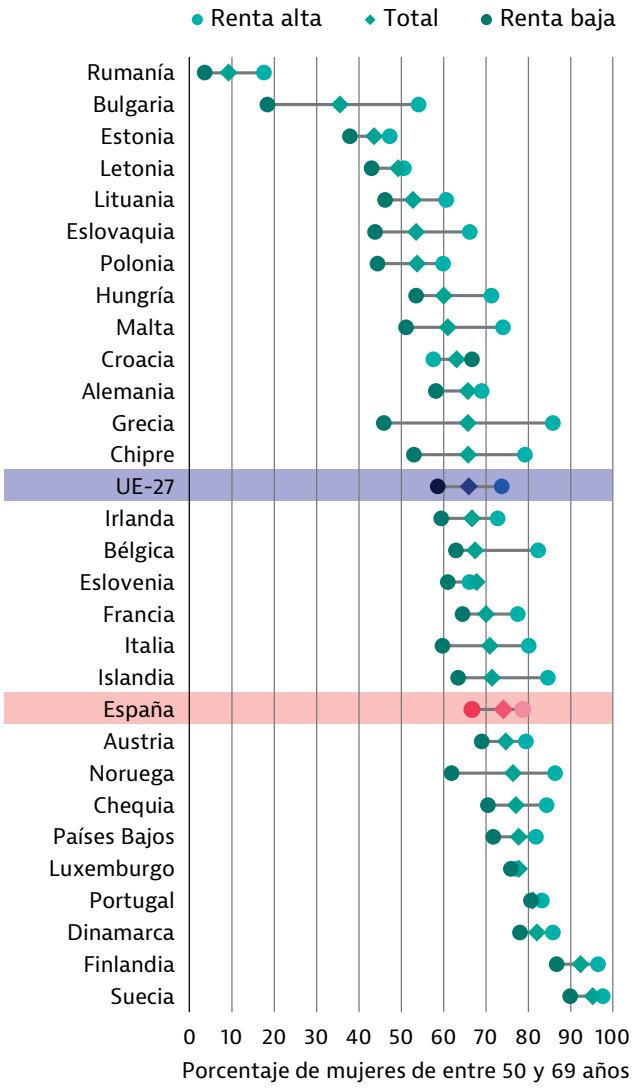
Históricamente, el cribado de cáncer de cuello uterino se ha ofrecido de manera oportunista a las mujeres de edades comprendidas entre veinticinco y sesenta y cinco años, cada 3-5 años. En abril de 2019 se incorporó a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud el cribado poblacional de cáncer de cuello uterino, en sustitución del enfoque anterior. Las comunidades autónomas disponen de un plazo de cinco años para implantar este programa de cribado, que consiste en una citología para las mujeres de entre veinticinco y treinta y cuatro años y en una prueba de VPH para las de edades comprendidas entre 35 y 65 años.

En 2019, el 56 % de las mujeres españolas de quince años o más declararon haberse hecho una citología cervical en los últimos tres años, una proporción inferior a la de la mayoría de los países de la UE (60 %). Las tasas son considerablemente mayores entre las mujeres con un nivel educativo elevado (74 %) y las de renta alta (68 %). En cambio, los porcentajes fueron del 42 % en el caso de las mujeres con menos estudios y del 53 % en aquellas con rentas más bajas.

El porcentaje de participación en los programas de cribado de cáncer colorrectal fue bajo

El cribado poblacional de cáncer colorrectal se incorporó a la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en 2014, con un plazo de cinco años para su puesta en marcha en las comunidades autónomas y un plazo de diez años para lograr una cobertura del 100 % de la población objetivo. Todas las comunidades autónomas han comenzado a aplicar el programa, pero con importantes disparidades en cuanto a las tasas de participación.

Gráfico 7. En España, se observan grandes desigualdades de ingresos en cuanto a la participación en los programas de cribado de cáncer de mama



Nota: La media de la UE es ponderada (calculada por Eurostat). La cifra indica el porcentaje de mujeres de entre cincuenta y sesenta y nueve años que afirmaron haberse realizado una mamografía en los dos últimos años.
Fuente: Base de datos de Eurostat (EHIS). Los datos corresponden a 2019.

En 2019, la proporción de la población española de entre cincuenta y setenta y cuatro años que declaró haber participado en el programa de cribado de cáncer colorrectal en los dos últimos años se situó en torno al 30 %, ligeramente por debajo de la media de la UE (33 %). Más del 36 % de las personas del quintil de renta más alto declararon haberse sometido recientemente a un cribado de cáncer colorrectal, mientras que en el quintil más bajo la proporción fue del 22 %.

Se han aplicado algunas políticas para supervisar y reducir las desigualdades de acceso y participación

Entre 2013 y 2020, muchas comunidades autónomas detectaron grupos sociales que no estaban integrados

en la población objetivo de los programas de cribado de cáncer. De las doce comunidades autónomas que participaron en un estudio reciente (Barceló y otros, 2021), todas detectaron una falta de cobertura en los programas de cribado de cáncer colorrectal; diez observaron una falta de cobertura en el cribado de cáncer de mama y siete en el cribado de cáncer de cuello uterino. Los colectivos mayormente identificados entre los grupos sin cobertura fueron las personas migrantes en situación irregular y la población institucionalizada en centros penitenciarios.

En 2020, el 90 % de las comunidades autónomas con programas de cribado de tipo poblacional monitorizó de forma sistemática la participación en los programas de cribado de cáncer de mama teniendo en cuenta variables socioeconómicas, mientras que los porcentajes fueron inferiores en el caso del cribado de cáncer colorrectal (80 %) y de cuello uterino (50 %). Algunas comunidades autónomas han realizado intervenciones para abordar las desigualdades en el acceso a los programas de cribado, bien mediante un enfoque general basado en campañas de información y sensibilización, o mediante un enfoque específico dirigido a los grupos vulnerables, por ejemplo, con la traducción de material a otras lenguas. En 2020 hubo diez comunidades autónomas que notificaron intervenciones para reducir las desigualdades en las tasas de participación en el cribado de cáncer de mama, cinco en el de cáncer colorrectal y solo dos en el de cáncer de cuello uterino.

5. Funcionamiento de la atención oncológica

5.1. Accesibilidad

España tiene un sistema sanitario descentralizado con coordinación nacional

Los principios fundamentales del Sistema Nacional de Salud son la universalidad, la equidad y el libre acceso al tratamiento y a los servicios sanitarios. Se basa en la cobertura universal y se financia principalmente mediante impuestos. Aunque las responsabilidades en materia de planificación y regulación de ámbito nacional recaen en el Ministerio de Sanidad, las competencias sanitarias y la competencia directa en materia de planificación operativa autonómica, asignación de recursos, adquisiciones y prestación de servicios se delegan en las diecisiete autoridades autonómicas de sanidad.

Desde la introducción de la primera versión de la Estrategia en Cáncer en 2006, el Sistema Nacional de Salud ha reconocido la necesidad de diagnosticar y tratar la enfermedad a través de equipos multidisciplinares, habida cuenta de la creciente complejidad de la atención oncológica. La Estrategia incluye recomendaciones sobre la concentración de la atención, en consonancia con las directrices de la UE sobre la creación de centros oncológicos integrales. Sin embargo, solo Cataluña ha establecido directrices específicas acerca de la concentración de la atención para determinados procedimientos y tumores, con vinculación al sistema de pago para garantizar el cumplimiento. Uno de los principales retos de España reside en la reorganización de los hospitales terciarios para concentrar los conocimientos especializados sobre tratamientos específicos contra el cáncer.

La disponibilidad de equipos de radioterapia es elevada, pero su distribución es desigual

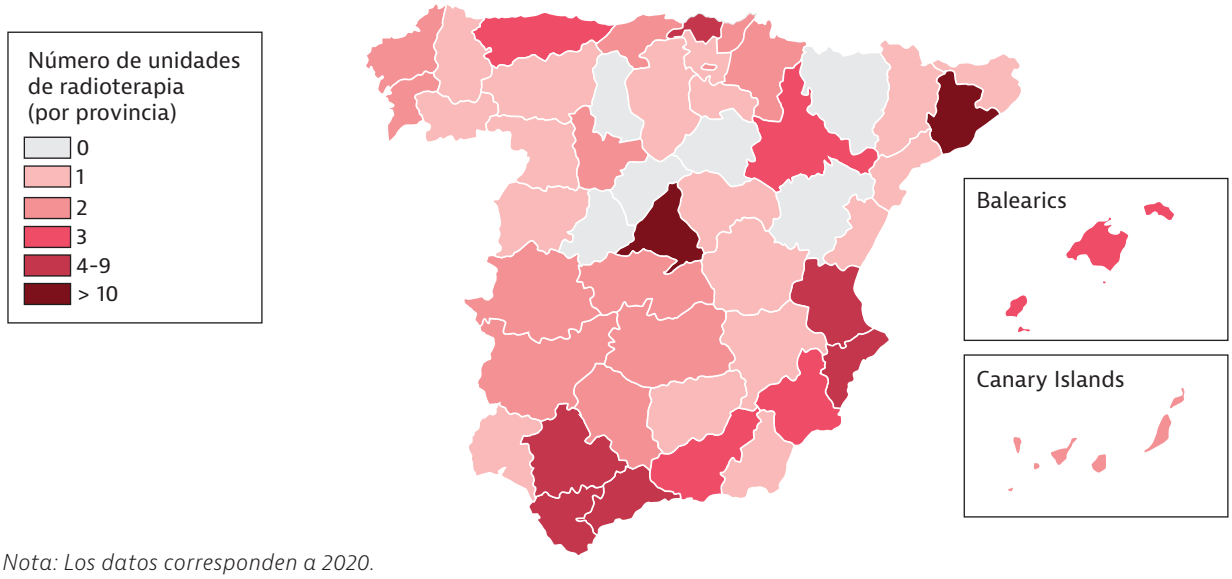
En 2019, España contaba con 236 equipos de radioterapia en hospitales y en el sector ambulatorio (un 15 % más que en 2010), la segunda cifra más alta de la UE después de Italia (445). No obstante, seis provincias y las dos ciudades autónomas (Ávila, Huesca, Palencia, Segovia, Soria, Teruel, Ceuta y Melilla) no disponen de equipos de radioterapia en sus territorios (Gráfico 8). En estos lugares, los largos desplazamientos o los gastos de alojamiento para acudir a los centros de asistencia sanitaria constituyen un obstáculo importante para el acceso a la atención oncológica entre los grupos vulnerables. Estas provincias prestan apoyo a los pacientes que necesitan desplazarse a otra comunidad autónoma para recibir asistencia, pero el apoyo varía mucho de una provincia a otra, lo que agrega una dimensión de desigualdad.

La escasez de recursos humanos dificulta el acceso a una atención adecuada y oportuna

En 2020, el número de médicos por cada 1 000 habitantes (4,6) fue superior a la media de la UE (3,9), pero la proporción de enfermeros (excluidos los auxiliares de enfermería) por cada 1 000 habitantes (6,1) fue muy inferior al promedio de la UE (8,4). Además, la distribución de los recursos humanos en España está desequilibrada. Por ejemplo, mientras que Castilla y León contaba con 1,12 médicos de atención primaria por cada 1 000 habitantes en 2019, las Islas Baleares tenían 0,62 (Perfil sanitario nacional de España de 2021).

En el caso particular del cáncer, en 2015 España tenía 3,9 oncólogos médicos por cada 100 000 habitantes (frente a 3,6 en 2010), una tasa superior a la de la mayoría de los países de la UE para los que se disponía de datos.

Gráfico 8. Algunas provincias no disponen de centros de radioterapia en sus territorios



Nota: Los datos corresponden a 2020.
Fuente: Fernández y otros (2020).

No obstante, según la base de datos de Eurostat, el bajo número de enfermeros constituye un factor limitante de la prestación de atención oncológica.

Las tasas de cirugía del cáncer de mama son elevadas, pero el acceso a los servicios de reconstrucción es limitado

Las tasas de cirugía para extirpar tumores de mama se han duplicado en España desde 2004, con un marcado aumento desde 2015. En 2019, la tasa de mujeres sometidas a mastectomía total por cada 100 000 habitantes fue de 45 (102 para extirpaciones parciales de glándula mamaria). Dichas tasas superaron los promedios de la UE. Una posible explicación de estas tendencias es la mayor disponibilidad de servicios y los avances en el cribado.

Sin embargo, el acceso a la reconstrucción mamaria tras la cirugía es limitado. Las estimaciones basadas en encuestas de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) sugieren que, en 2016, alrededor del 30 % de las mujeres españolas se sometieron a procedimientos de reconstrucción mamaria tras una mastectomía, y menos de la mitad de ellas accedieron inmediatamente a dicho servicio. La falta de información de las pacientes, el escaso apoyo a la reconstrucción mamaria inmediata y el reducido número de cirujanos plásticos en los hospitales públicos alargan los tiempos de espera y dificultan la recuperación física y psicológica de las pacientes.

El acceso a tratamientos oncológicos innovadores puede retrasarse de forma considerable en algunas comunidades autónomas

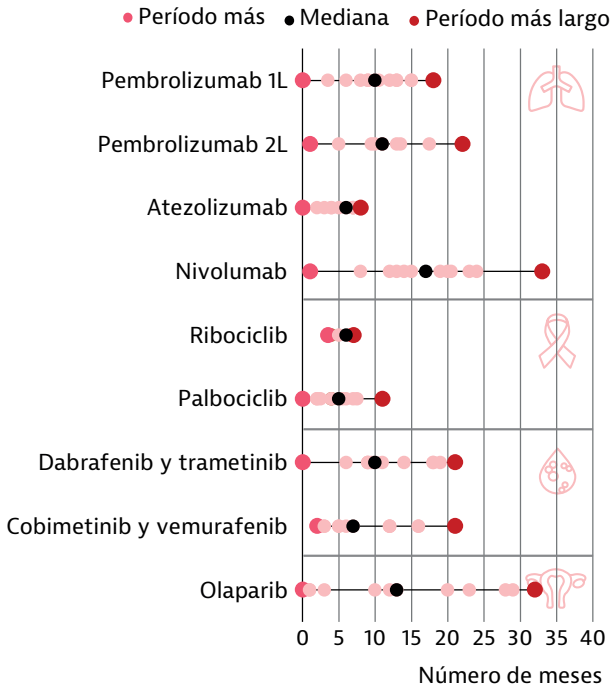
El proceso que tiene lugar en España desde la autorización de los fármacos oncológicos hasta su prescripción efectiva es complejo. Una vez autorizado el fármaco por la Agencia Europea de Medicamentos mediante el procedimiento centralizado, un organismo nacional se encarga de establecer las condiciones de precio y reembolso aplicables y, finalmente, el fármaco puede incluirse en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. A continuación, las comunidades autónomas deben asumir los gastos relacionados con el fármaco con cargo a sus presupuestos.

Existen importantes diferencias autonómicas con respecto al tiempo transcurrido entre el establecimiento de las condiciones de precio y reembolso de los nuevos fármacos oncológicos y la aprobación de su prescripción en hospitales, lo que se traduce en desigualdades de acceso (Gráfico 9). La mediana de tiempo en todas las comunidades autónomas oscila entre cinco meses en el caso del palbociclib (para el cáncer de mama) y trece meses en el caso del olaparib (para el cáncer de ovario). Por lo que respecta al ribociclib (para el cáncer de mama), la mediana fue de seis meses, pero el tiempo mínimo fueron tres semanas y media en Valencia y el máximo, siete meses en Murcia y Cataluña. En cambio, en el caso del nivolumab (para el cáncer de pulmón), la mediana fue de diecisiete meses, pero el mínimo fue un mes en Extremadura y el máximo treinta y tres meses en la ciudad autónoma de Ceuta. En general, no se puede determinar un patrón claro y coherente de retraso en las distintas comunidades autónomas.

Las barreras de acceso a las pruebas con biomarcadores dificultan la consolidación de la medicina oncológica de precisión

Están surgiendo nuevas prácticas de diagnóstico de cáncer con el desarrollo de la medicina de precisión y la realización de pruebas con biomarcadores para la detección de tumores y la predicción de la respuesta terapéutica. Los servicios de oncología médica de varios hospitales españoles, principalmente públicos, ofrecen la posibilidad de solicitar la determinación de biomarcadores predictivos del cáncer. Sin embargo, existen diferencias esenciales en el procedimiento de concesión de acceso entre las distintas comunidades

Gráfico 9. El tiempo de espera para acceder a tratamientos oncológicos innovadores varía en gran medida de una comunidad autónoma a otra



Nota: Los datos se refieren a las diecisiete comunidades autónomas y a la ciudad autónoma de Ceuta. Se recabaron del 58 % de los centros contactados durante el primer trimestre de 2019 e incluyen fármacos pertinentes con condiciones de precio y reembolso establecidas entre enero de 2016 y abril de 2018. El número de comunidades autónomas con datos disponibles varía en función del fármaco.
Fuente: Rodríguez-Lescure y otros (2020).

autónomas y los distintos hospitales (Rodríguez-Lescure y otros, 2020). Las disparidades con respecto a las fuentes de financiación, la falta de unas directrices clínicas generales, la opacidad de los mecanismos de toma de decisiones y las variaciones en el tiempo transcurrido desde la solicitud hasta los resultados constituyen obstáculos para un acceso equitativo a la determinación de biomarcadores.

La última versión de la Estrategia en Cáncer aprobada en 2021 define un marco general para la implantación de la medicina de precisión en el Sistema Nacional de Salud, centrado en mejorar la equidad de acceso, garantizar la calidad del servicio y evaluar los resultados de los avances de la medicina oncológica de precisión.

A pesar de los avances en materia de legislación y coordinación, el acceso a cuidados paliativos especializados sigue siendo limitado

En 2007, el Ministerio de Sanidad presentó la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, en la que se establecen directrices para que las comunidades autónomas elaboren planes de acción más específicos. No obstante, la Estrategia no se ha actualizado desde 2014. Se ha debatido una ley que garantiza y regula el acceso a los cuidados paliativos en España, pero su aprobación se pospuso a causa de la pandemia de COVID-19 y de la concentración de la atención política en la aprobación de una ley sobre la eutanasia en 2021.

En 2018, España contaba con 260 servicios de cuidados paliativos especializados para adultos, lo que corresponde a 0,6 por cada 100 000 habitantes. Esta tasa se sitúa por debajo de la media de la UE de 1,1 y es muy inferior a la recomendación de la European Association for Palliative Care (Asociación Europea de Cuidados Paliativos, EAPC) de 2 por cada 100 000 habitantes (EAPC, 2019). En 2017 fallecieron alrededor de 130 000 personas con necesidades complejas que requerían cuidados paliativos especializados, pero solo el 40 % los recibió (SECPAL, 2019).

De conformidad con la legislación vigente[4], para obtener los títulos de Medicina y Enfermería en España es obligatorio recibir formación básica en cuidados paliativos (en todas las facultades de Medicina y de Enfermería). La formación continua en cuidados paliativos para el personal médico y de enfermería se desarrolla fuera de las universidades, a través de actividades acreditadas por los servicios sanitarios autonómicos. Según la European Association for Palliative Care, en 2018 solo el 10 % de las facultades de Medicina españolas impartía una asignatura obligatoria de cuidados paliativos, mientras que el 43 % impartía la materia combinada con otras disciplinas. El porcentaje de facultades de Enfermería que impartían asignaturas obligatorias específicas de cuidados paliativos o en combinación con otras materias era del 60 % (EAPC, 2019).

El acceso a opioides con receta en España es relativamente elevado, lo que parece indicar un acceso adecuado al tratamiento del dolor y los síntomas de las personas en situación terminal. En 2017, el fentanilo representó el 86 % del consumo de opioides per cápita en equivalente de morfina, excluida la metadona.

5.2. Calidad

Las tasas de supervivencia del cáncer a los cinco años han aumentado durante la última década

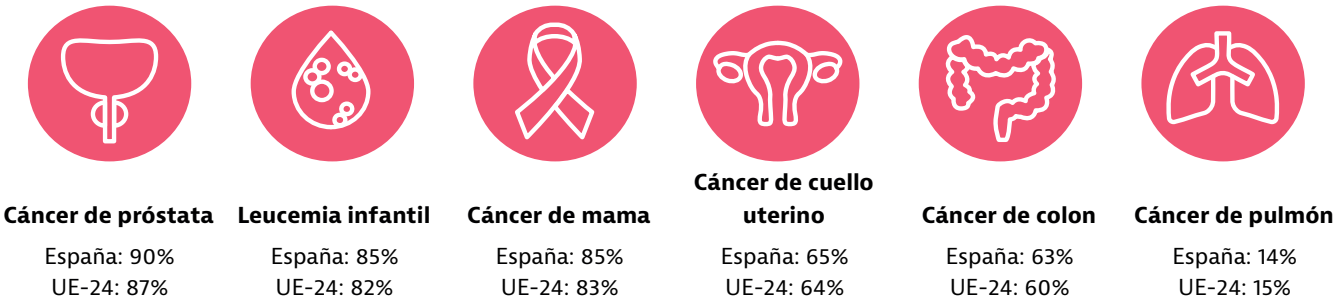
En la última década, la supervivencia de los pacientes de cáncer tras el diagnóstico ha aumentado en la mayoría de los tipos de cáncer en España, y en particular en los cánceres de colon, próstata y recto. Las tasas de supervivencia a los cinco años son ligeramente superiores a la media del conjunto de los países de la UE, salvo en el caso del cáncer de pulmón (Gráfico 10). La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud contribuye a estos resultados a través de la introducción de equipos multidisciplinares para la atención oncológica y de mejoras en los programas nacionales de cribado de cáncer.

Los progresos realizados en fases tardías del cáncer también han impulsado en gran medida la mejora de la supervivencia global. Por ejemplo, la supervivencia se

4 *Órdenes ECI/332/2008 y CIN/2134/2008*

ha mantenido constante en niveles elevados en las fases iniciales e intermedias del cáncer de mama, pero ha experimentado aumentos significativos entre las mujeres españolas con cáncer de mama en fase avanzada, pasando del 36 % en el período 2001-2003 al 43 % en 2010-2014. Estas mejoras pueden atribuirse, en parte, a los últimos avances en fármacos oncológicos y medicina de precisión, que permiten una mejor comprensión de los casos en que la quimioterapia puede resultar beneficiosa para los pacientes tras la cirugía.

Gráfico 10. Las tasas netas de supervivencia del cáncer a los cinco años son más elevadas en España que en el conjunto de la UE, salvo en el caso del cáncer de pulmón



Nota: Los datos se refieren a personas diagnosticadas entre 2010 y 2014. La leucemia infantil se refiere a la leucemia linfoblástica aguda.
Fuente: Programa Concord, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.

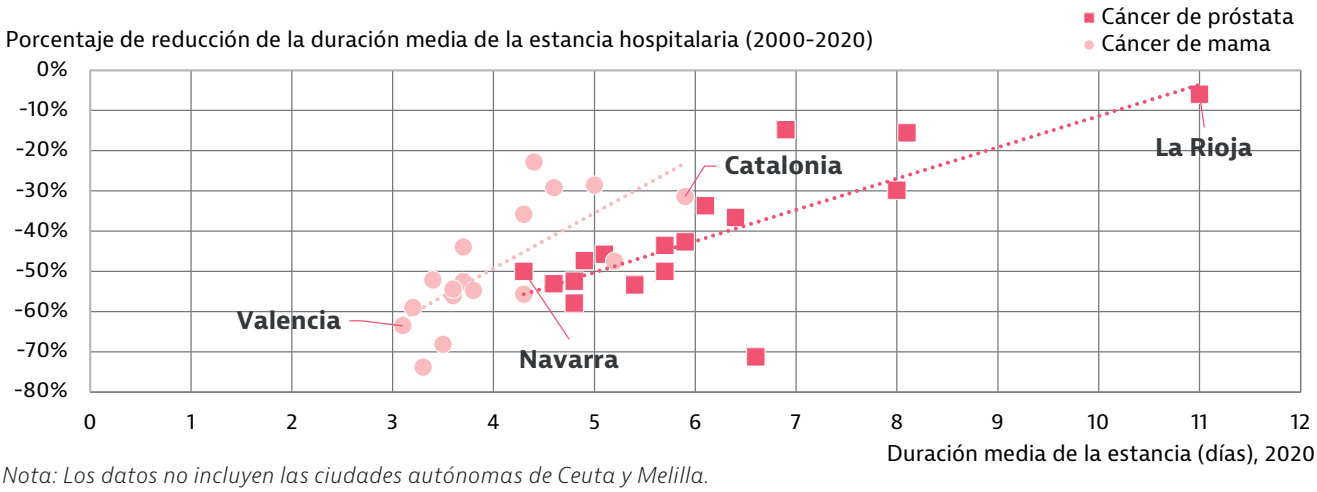
Las duraciones de la hospitalización por cáncer han disminuido a un ritmo más rápido en España que en la UE

En 2019, las duraciones medias de la estancia hospitalaria por cáncer en España fueron inferiores a las medias de la UE en los cánceres de mama (4 frente a 5,1 días), próstata (5,8 frente a 6,7 días), vejiga (5,2 frente a 5,5 días) y útero (6,2 frente a 6,9 días). Sin embargo, España registró duraciones medias más largas para el cáncer colorrectal (11,5 frente a 8,8 días), de pulmón (10 frente a 8,3 días), de ovario (8,8 frente a 7,6 días) y de piel (5,1 frente a 4,6). Las duraciones de la estancia hospitalaria por cáncer han experimentado considerables reducciones desde el año 2000 en España, sobre todo en el caso del cáncer de mama (– 52 %) y el cáncer de próstata (– 45 %) (Gráfico 11). En la mayoría de los tipos de cáncer (salvo en el cáncer de piel y de pulmón), estas reducciones fueron superiores a las observadas en el conjunto de la UE, lo que parece indicar una mejora de la calidad asistencial en España.

Se han constatado importantes desigualdades en cuanto a las duraciones de la estancia hospitalaria por cáncer entre las distintas comunidades autónomas

Todas las comunidades autónomas han reducido la duración media de la estancia hospitalaria para la mayoría de los tipos de cáncer desde el año 2000, pero lo han hecho a diferentes ritmos (Gráfico 11). Estas disparidades son un indicador de las diferencias en materia de calidad de la atención oncológica en el país. En 2019, la duración media de la estancia de una mujer con cáncer de mama en Cataluña fue de casi seis días, mientras que en Valencia se limitó a tres días. Las diferencias son aún más acusadas en el caso del cáncer de próstata: ese mismo año, la duración media de la estancia de los hombres con cáncer de próstata fue de once días en La Rioja, pero de cuatro días en Navarra. Se observan disparidades similares en relación con otros cánceres, como el de vejiga, de útero, colorrectal, de piel, de ovario y de pulmón.

Gráfico 11. Los avances en la prestación de atención oncológica son desiguales entre las comunidades autónomas españolas



Nota: Los datos no incluyen las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.
Fuente: Base de datos de Eurostat.

Se definen normas mínimas para la prestación de atención oncológica

En 2013, las autoridades definieron unas normas mínimas para la prestación de atención oncológica, al objeto de concentrar los procedimientos de alta complejidad y baja frecuencia a nivel autonómico y supraautonómico. Por ejemplo, una unidad multidisciplinar de cáncer colorrectal requiere un mínimo de doce procedimientos quirúrgicos al año sobre una población de referencia de al menos dos millones. En los casos de cirugía asociada por metástasis hepática, el número mínimo de procedimientos quirúrgicos es de once para la misma población de referencia. Cataluña ha sido una comunidad autónoma pionera en la formulación de normas y mecanismos de cumplimiento para la concentración asistencial, con resultados positivos en la atención del cáncer colorrectal (Manchon-Walsch y otros, 2016; Prades y otros, 2016) (recuadro 1).

Recuadro 1. La concentración de las intervenciones quirúrgicas contribuyó a la mejora de la atención al cáncer colorrectal en Cataluña

Las autoridades sanitarias autonómicas de Cataluña implantaron en 2011 una estrategia de centralización de la cirugía oncológica colorrectal en hospitales con un elevado volumen de intervenciones. Tras un ciclo completo de auditorías clínicas sobre los modelos asistenciales y los resultados clínicos, se ha constatado un mejor rendimiento después de aplicar estas medidas.

Se llevaron a cabo tres auditorías clínicas bienales en hospitales que realizaban un número mínimo establecido de intervenciones de cáncer colorrectal (2005-2007, 2011-2012 y 2015-2016). El número de centros que realizan relativamente pocas intervenciones quirúrgicas disminuyó de veinticinco en la primera auditoría a cinco en la última. El volumen de intervenciones quirúrgicas anuales en centros con una elevada concentración de cirugía colorrectal aumentó del 37,5 % en la primera auditoría al 54,5 % en la última. Las tasas de mortalidad al mes (– 87 %), a los tres meses (– 71 %), al año (– 49 %) y a los dos años (– 38 %) de la cirugía disminuyeron de forma significativa. La supervivencia global a los tres años aumentó del 75 % al 82,4 % y la supervivencia global a los cinco años pasó del 66 % al 70 %.

Aunque el número de complicaciones y reintervenciones quirúrgicas se mantuvo estable, las cirugías de urgencia y las duraciones de la estancia hospitalaria se redujeron en gran medida. Además, la concentración de servicios de oncología colorrectal se relacionó con mejoras en la calidad de la documentación clínica y con un aumento del porcentaje de pacientes evaluados por equipos multidisciplinares (del 73,2 % en 2011-2012 al 91,6 % en 2015-2016).

También se han creado centros de referencia para tumores raros (en adultos y pediátricos). Entre los criterios aplicados para la designación de estos centros figuran la experiencia (volumen de actividad, formación básica y continuada de los miembros del equipo, formación de otros profesionales e investigación) y los recursos multidisciplinares y específicos (humanos y de equipamiento). Estos criterios se comprueban mediante el procedimiento de acreditación a través de auditorías in situ.

Además, los registros poblacionales de cáncer recopilan todos los casos nuevos de cáncer diagnosticados en un área geográfica determinada y constituyen sistemas de información fundamentales para observar la evolución del cáncer y planificar y evaluar las políticas de control de dicha enfermedad (recuadro 2). En 2022, la Red Española de Registros de Cáncer (Redecan) abarcaba alrededor del 27 % de la población española (diez millones de personas), una tasa de cobertura comparable a la de otros países mediterráneos.

Recuadro 2. Registros poblacionales de cáncer en España

La Red Española de Registros de Cáncer se creó en 2010 con el objetivo de coordinar y garantizar la calidad y comparabilidad de los datos recopilados por los quince registros poblacionales de cáncer existentes y por el Registro Español de Tumores Infantiles.

La distribución de los registros poblacionales de cáncer no es aleatoria, sino que se concentran en comunidades autónomas y provincias relativamente pequeñas para las que la recogida de datos es más accesible. Las desigualdades en la distribución de los sistemas de información contribuyen a la existencia de lagunas de conocimiento sobre el desarrollo epidemiológico del cáncer en determinadas zonas, lo que dificulta una evaluación adecuada de las políticas específicas, como los programas de cribado de cáncer.

Sin embargo, la pandemia de COVID-19 ejerció presión financiera sobre el Sistema Nacional de Salud y se transfirieron recursos a escala nacional y autonómica para gestionar la crisis. La falta de una financiación estable de los registros poblacionales de cáncer compromete la puntualidad de los datos.

Existe una guía nacional sobre la atención del cáncer pediátrico

En 2018, el Ministerio de Sanidad español y las comunidades autónomas convinieron en la necesidad de adoptar medidas específicas de ámbito autonómico para mejorar los resultados de supervivencia en cáncer infantil y adolescente, y reducir las desigualdades. Uno de los principales acuerdos alcanzados fue la creación en cada comunidad autónoma de un comité autonómico de coordinación asistencial. En 2021, se publicaron unos estándares de calidad para la óptima organización y gestión de la atención a niños y adolescentes con cáncer en España.

Las recomendaciones se basan en los aspectos generales que deben caracterizar la atención, con hincapié en la seguridad, los pacientes y sus familias. Las recomendaciones organizativas se centran en la oferta asistencial (disponibilidad de radioterapia, seguimiento de los pacientes tras el alta hospitalaria, y cuidados paliativos), la concentración de la atención pediátrica en centros especializados (que reciban al menos treinta

nuevos pacientes al año) y el uso de redes asistenciales y equipos multidisciplinares para el diagnóstico y el tratamiento.

La atención psicológica y social es fundamental para garantizar la calidad y equidad de la asistencia sanitaria

El diagnóstico del cáncer y su tratamiento pueden generar un sufrimiento psicológico que podría alcanzar niveles de malestar emocional clínico. Algunas estimaciones que cerca de un tercio de los pacientes de cáncer precisan atención psicológica especializada. Sobre la base de estudios nacionales e internacionales, varias asociaciones españolas contra el cáncer propusieron la inclusión de la atención psicológica especializada, tanto para los pacientes como para las personas que los acompañan habitualmente, dentro de un modelo de atención oncológica multidisciplinar, así como la medición del malestar emocional como el sexto signo vital (después de la temperatura corporal, la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria y el dolor). Uno de los objetivos de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud es utilizar en la atención oncológica una herramienta estandarizada para la detección precoz de malestar emocional y establecer un protocolo de derivación temprana para garantizar una intervención psicológica oportuna.

Las secuelas físicas y psicológicas del cáncer pueden verse intensificadas por la presencia de problemas sociales y económicos (como la pérdida de ingresos, el aumento de los gastos sanitarios y la aparición de dificultades para desarrollar actividades de la vida cotidiana, entre otros). Los trabajadores sociales deben intervenir en una fase temprana para prestar una atención social profesional a los pacientes de cáncer durante todo el proceso asistencial, en función de la situación particular de cada paciente. La Estrategia en Cáncer contempla la prestación de atención social a los pacientes y sus familiares a través de estudios de impacto laboral, psicológico y social.

Si bien tanto la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud como su Estrategia en Cuidados Paliativos reconocen la necesidad de proporcionar apoyo emocional y psicosocial profesional a los pacientes y sus familiares en todas las fases del cáncer, corresponde a las comunidades autónomas aplicar estas directrices. La carencia de fuerza normativa de las directrices nacionales y la falta de información sobre las modalidades de prestación de los servicios de atención psicológica y social de las distintas comunidades autónomas pueden dar lugar a desigualdades en cuanto a calidad y cobertura de los pacientes de cáncer.

5.3. Costes y rentabilidad

En 2018, el coste del cáncer en España representó alrededor del 10 % del gasto público en asistencia sanitaria

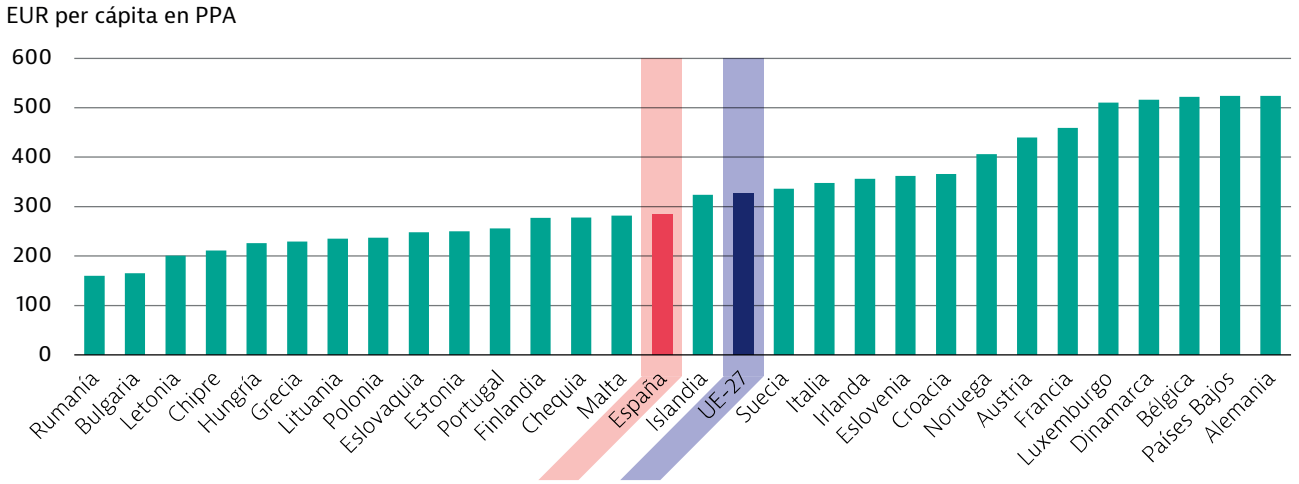
Los costes económicos directos e indirectos del cáncer están aumentando en todos los países. La mayor incidencia del cáncer, la mejora de las tasas de supervivencia y la disponibilidad de tratamientos más caros incrementan la carga financiera que el cáncer supone para las sociedades y los sistemas sanitarios nacionales.

En 2018, el coste total estimado del cáncer en España fue de 12 100 millones EUR. Alrededor del 43 % de este coste total correspondió a costes directos (incurridos en el sistema sanitario). Otro 21 % fueron costes de oportunidad de tiempo derivados de la prestación de cuidados no remunerados por parte de familiares. El 36 % restante se debió a las pérdidas de productividad atribuidas a la morbilidad y a la mortalidad prematura. En general, el coste económico del cáncer representó 285 EUR per cápita en España en términos de paridad del poder adquisitivo (PPA), una cifra inferior a la media de la UE de 326 EUR (Gráfico 12).

Garantizar la adopción sostenible de nuevos fármacos oncológicos supone un reto importante para el sistema sanitario español

La financiación pública de los fármacos oncológicos en España es elevada y va en aumento. Según el Ministerio de Sanidad, en 2021 se financiaron con recursos públicos nueve de cada diez fármacos

Gráfico 12. El gasto per cápita en atención oncológica en España se acerca a la media de la UE



Nota: La media de la EU-27 no es ponderada (calculada por la OCDE).
Fuente: Hofmarcher y otros (2020).

oncológicos sometidos a las evaluaciones nacionales para la fijación de precio y reembolso (un 7,5 % más que en 2019). Los procedimientos españoles de fijación de precios y reembolso son complejos y carecen de criterios transparentes para justificar las decisiones. La integración sostenible desde el punto de vista financiero de los nuevos medicamentos depende, entre otros factores, de la consolidación de procedimientos adecuados, eficientes y transparentes para la evaluación de las tecnologías sanitarias relacionadas con los fármacos oncológicos. Asimismo, están aumentando las presiones para crear un consenso más amplio en la sociedad española sobre la rentabilidad del tratamiento del cáncer y la manera de mantener un acceso equitativo.

5.4. COVID-19 y cáncer: reforzar la resiliencia

Las respuestas a la pandemia de COVID-19 redujeron los recursos disponibles para los pacientes de cáncer

La pandemia de COVID-19 ha ejercido una enorme presión sobre el Sistema Nacional de Salud y el personal sanitario. Esta perturbación inesperada afectó a todos los aspectos del proceso de atención oncológica, desde los programas de cribado hasta el diagnóstico y tratamiento. La situación de emergencia movilizó al personal sanitario para que se centrara en responder a la pandemia, lo que redujo la disponibilidad de especialistas y, en consecuencia, provocó retrasos en la prestación de asistencia.

Al inicio de la pandemia, los pacientes de cáncer se consideraron un grupo de riesgo debido a su edad relativamente más elevada y a la situación de inmunosupresión de algunos pacientes sometidos a tratamiento. Además, las medidas de confinamiento y distanciamiento social para reducir la propagación de la COVID-19 supusieron una carga para la salud mental de los pacientes de cáncer, que ya corrían un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental como ansiedad o depresión. Por este motivo, en febrero de 2021 todas las comunidades autónomas firmaron un acuerdo para garantizar la asistencia sanitaria a los pacientes de cáncer durante la pandemia, en el que se establecen una serie de prioridades de actuación.

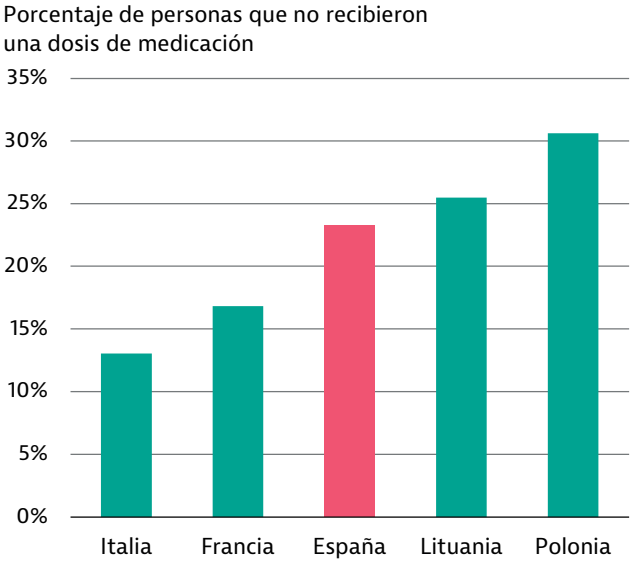
Durante la pandemia se registró una reducción de la detección precoz del cáncer y de su tratamiento

Los resultados de la encuesta poblacional del Oncobarómetro en España muestran un aumento del tiempo que se tardaría en acudir al médico si se detectaran síntomas de alarma de cáncer (como sangrado o cansancio sin explicación aparente) tras la primera ola de COVID-19 en la primera mitad de 2020. Por otro lado, los datos recabados de los programas poblacionales desarrollados en Cataluña revelaron una disminución de las tasas de participación en el cribado de cáncer colorrectal y de mama tras la primera ola, en consonancia con la suspensión temporal de las actividades de cribado.

Dos años después del inicio de la pandemia en España, las estimaciones de Cataluña parecen indicar una reducción del 12 % en los diagnósticos de cáncer (de enero de 2019 a enero de 2022) (Ribes y otros, 2022). En general, este descenso de los diagnósticos fue más marcado durante la primera ola que en las siguientes (– 37 % en la primera frente al – 6 % en la sexta). Las tasas de reducción de los diagnósticos fueron generalmente más elevadas entre los hombres (– 14 %) que entre las mujeres (– 9 %). Los retrasos en el diagnóstico pueden conllevar que el tratamiento se produzca en una fase más avanzada de la enfermedad, con las consiguientes repercusiones negativas en el pronóstico de supervivencia y para el sistema sanitario, ya que el tratamiento y la gestión del cáncer avanzado suelen resultar más caros que en fases tempranas. En el marco de la Estrategia en Cáncer se ha llevado a cabo un estudio del impacto de la pandemia sobre la atención oncológica en el Sistema Nacional de Salud, que también estima una reducción del 13 % en los diagnósticos de cáncer (de marzo de 2019 a febrero de 2021).

Según los datos del IHME, entre diciembre y febrero de 2020, el 23 % de la población española en tratamiento con medicamentos oncológicos declaró no haber recibido al menos una dosis, lo que supone una tasa de interrupción más elevada que en Italia y Francia (Gráfico 13). Los principales motivos alegados por los encuestados fueron que los centros sanitarios estaban cerrados y que se les había denegado el acceso a centros sanitarios o farmacias.

Gráfico 13. La primera ola de COVID-19 provocó interrupciones en el tratamiento de los pacientes de cáncer



Nota: Las estimaciones se basan en un muestreo de conveniencia con un reducido número de observaciones.
Fuente: IHME [COVID-19 Health Services Disruption Survey 2020 («Encuesta de 2020 sobre la perturbación de los servicios sanitarios a causa de la COVID-19)», documento en inglés].

6. Desigualdades en el punto de mira

España tiene un sistema sanitario descentralizado con coordinación nacional. Si bien las responsabilidades en materia de planificación y regulación de ámbito nacional recaen en el Ministerio de Sanidad, las competencias sanitarias y la planificación operativa se delegan en los diecisiete organismos autonómicos de sanidad. La mortalidad por cáncer en España es una de las más bajas de la UE y las tasas han disminuido en la mayoría de los tipos de cáncer gracias a la reducción de los factores de riesgo y a la mejora del cribado. No obstante, los hombres tienen más probabilidades de ser diagnosticados con cáncer y presentan tasas de mortalidad más elevadas. Las diferencias significativas observadas en las tasas de mortalidad entre las distintas comunidades autónomas ponen de relieve la necesidad de mejorar el funcionamiento de la atención oncológica. También existen notables disparidades en materia de prevención del cáncer, acceso a programas de diagnóstico precoz y calidad asistencial, que exigen la formulación de políticas específicas:

- Los factores socioeconómicos en España se asocian estrechamente a una mayor prevalencia de comportamientos de riesgo. Las personas con los niveles más bajos de estudios e ingresos presentan mayores tasas de tabaquismo y obesidad. Por ejemplo, la proporción de fumadores adultos diarios fue casi un tercio más elevada en el grupo con menor nivel educativo que en el de las personas con más estudios. El Gobierno ha introducido políticas para reducir los comportamientos de riesgo, pero la atención prestada a los grupos vulnerables para reducir las desigualdades entre los distintos grupos socioeconómicos es limitada.
- Los niveles de educación y de ingresos también desempeñan un papel importante en cuanto a la participación en los servicios de detección precoz. En 2019, las mujeres españolas con mayores ingresos acudieron a programas de cribado de cáncer de mama casi un 18 % más que aquellas con rentas más bajas. Se registró una brecha mayor (alrededor de 32 puntos porcentuales) en la participación en programas de cribado de cáncer de cuello uterino entre las mujeres con mayores y menores estudios. Se han emprendido esfuerzos a escala autonómica para monitorizar y reducir las desigualdades en el acceso a programas de cribado y la participación en ellos.
- El Sistema Nacional de Salud se fundamenta en los principios de universalidad y equidad. En la práctica, los recursos humanos (médicos de atención primaria, enfermeros y cirujanos), el acceso a tratamientos oncológicos innovadores y la disponibilidad de equipos de radioterapia varían en gran medida de una comunidad autónoma a otra.
- La calidad de la atención oncológica ha mejorado, pero es desigual entre las distintas comunidades autónomas. La duración media de la estancia hospitalaria de una mujer con cáncer de mama en Cataluña duplica la duración de la estancia en Valencia. El Gobierno central establece, en coordinación con las Administraciones autonómicas, unas normas mínimas de calidad para la prestación de asistencia. No obstante, el cumplimiento de estas medidas es competencia autonómica, e incluso en el supuesto de que se alcancen acuerdos nacionales, los plazos de aplicación pueden variar de una comunidad a otra, lo que acrecienta las desigualdades.

La pandemia de COVID-19 ha ejercido una enorme presión sobre el Sistema Nacional de Salud, obligando a reasignar recursos para contener la emergencia, lo que ha ocasionado retrasos en el cribado de cáncer y en la prestación de asistencia. Habida cuenta de las desigualdades socioeconómicas preexistentes en cuanto a factores de riesgo, participación en programas de cribado, acceso y calidad de la atención sanitaria, es muy probable que la pandemia de COVID-19 haya provocado un aumento de las desigualdades en España.

Referencias

Arias-Casais, N.; Garralda, E.; Rhee, J. Y.; Lima, L. de; Pons, J. J.; Clark, D.; Hasselaar, J.; Ling, J.; Mosoiu, D., y Centeno, C.: *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (2019)*, EAPC Press, Vilvoorde, 2019. Consulte o descargue el documento en: http://hdl.handle.net/10171/56787.

Asociación Española Contra el Cáncer: *Estudio sobre la atención psicológica en cáncer en el Sistema Nacional de Salud en España*, 2019.

Asociación Española Contra el Cáncer: *Impacto del cáncer en España: Una aproximación a la inequidad y los determinantes sociales*, 2022.

Comisión Europea: *Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer*, Bruselas, 2021, https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_es.

Fernández, B., y otros: *Acceso al tratamiento de radioterapia en España*, Observatorio del Cáncer de la AECC, Madrid, 2020, https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Acceso_tratamiento_radioterapia.pdf.

Jiménez-Palomares, M., y otros: «*Non-Participation in Breast Cancer Screening in Spain and Potential Application in the Present and Future: A Cross Sectional Study*», Cancers, vol. 13, n.º 17, 4331 (2021), https://doi.org/10.3390/cancers13174331.

Hofmarcher, T., y otros: «*The cost of cancer in Europe 2018*», European Journal of Cancer, vol. 129, 2020, pp. 41-49.

Molina Barceló, A., y otros: Desigualdades de acceso a los programas de cribado del cáncer en España y cómo reducirlas: datos de 2013 y 2020, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 95, 2021.

Manchon-Walsh, P., y otros: «Improving survival and local control in rectal cancer in Catalonia (Spain) in the context of centralisation: A full cycle audit assessment», *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, vol. 42, n.º 12, 2016, pp. 1873-1880.

OCDE / Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Asistencia Sanitaria: *España: Perfil sanitario nacional 2021*, serie «State of Health in the EU», OECD Publishing, París, 2021, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/espana-perfil-sanitario-del-pais-2021_3d-1c2ed2-es#page1.

Prades, J., y otros: «Improving clinical outcomes through centralization of rectal cancer surgery and clinical audit: a mixed-methods assessment», *The European Journal of Public Health*, vol. 26, n.º 4, 2016, pp. 538-542.

Rodríguez-Lescure, A., y otros: «Study of the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM) on the access to oncology drugs and predictive biomarkers in Spain», *Clinical and Translational Oncology*, vol. 22, n.º 12, 2020, pp. 2253–2263.

OMS: *Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2020, https://apps.who.int/iris/handle/10665/359000.

Abreviaturas de países

Austria	AT	Danemarca	DK	Irlanda	IE	Malta	MT	Slovenia	SI
Belgia	BE	Estonia	EE	Islanda	IS	Norvegia	NO	Spania	ES
Bulgaria	BG	Finlanda	FI	Italia	IT	Polonia	PL	Suedia	SE
Cehia	CZ	Franța	FR	Letonia	LV	Portugalia	PT	Țările de Jos	NL
Cipru	CY	Germania	DE	Lituania	LT	România	RO	Ungaria	HU
Croația	HR	Grecia	EL	Luxemburg	LU	Slovacia	SK		

European Cancer Inequalities Registry

Perfiles nacionales de cáncer 2023

El Registro Europeo de Desigualdades frente al Cáncer es una iniciativa emblemática del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer. Dicho registro proporciona datos sólidos y fiables en materia de prevención y atención del cáncer con el fin de detectar tendencias, disparidades y desigualdades entre los Estados miembros y las distintas regiones. El Registro contiene un sitio web y una herramienta de datos desarrollados por el Centro Común de Investigación de la Comisión Europea (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/), así como una serie alterna de perfiles bienales de cáncer por países y un informe general sobre las desigualdades de cáncer en Europa.

Los perfiles nacionales de cáncer determinan los puntos fuertes, los desafíos y los ámbitos de actuación específicos de cada uno de los veintisiete Estados miembros de la UE, Islandia y Noruega, con el objetivo de orientar la inversión y las intervenciones a escala de la UE, nacional y regional en el marco del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer. El Registro Europeo de las Desigualdades en el Cáncer también apoya la iniciativa emblemática 1 del Plan de Acción Contaminación Cero.

Los perfiles han sido elaborados por la OCDE en cooperación con la Comisión Europea. El equipo agradece las valiosas aportaciones de los expertos nacionales, y los comentarios proporcionados por el Comité de Salud de la OCDE y por el grupo temático de expertos de la UE sobre el Registro de Desigualdades frente al Cáncer.

Cada perfil oncológico nacional ofrece una breve síntesis de:

- la carga nacional del cáncer
- factores de riesgo de cáncer, centrándose en los factores de riesgo conductuales y ambientales
- programas de detección precoz
- resultados de la atención oncológica, centrándose en la accesibilidad, la calidad de la atención, los costes y el impacto de COVID-19 en la atención oncológica.

La presente publicación debe citarse como:
OECD (2023), *Perfiles nacionales de cáncer: España 2023*,
EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/bab6e2e3-es.

ISBN 9789264411173 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES