

## REVISIÓN

# LA CARGA DEL CÁNCER EN ESPAÑA: SITUACIÓN EN 2019

## CANCER IN SPAIN: SITUATION IN 2019

*Eduardo Díaz-Rubio**Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España - Oncología  
Oncología Médica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid***Palabras clave:**Cáncer en España;  
Incidencia de cáncer;  
Mortalidad por cáncer;  
Incapacidad por cáncer;  
Costes del cáncer;  
Supervivencia por cáncer.**Keywords:**Cancer in Spain;  
Incidence of cancer;  
Mortality from cancer;  
Disability from cancer;  
Cancer costs;  
Survival from cancer.**Resumen**

El cáncer en España es actualmente una gran reto derivado de su alta incidencia, mortalidad y prevalencia. Mientras que en el año 1900 el cáncer ocupaba tan solo la 7ª causa de muerte de los españoles, hoy se ha convertido en la primera en el varón y la segunda en la mujer, siendo el responsable del 27% de las muertes que anualmente se producen en España. Las previsiones son además negativas, ya que la incidencia de cáncer irá aumentando en los próximos años. Además el cáncer genera una alta carga de incapacidad temporal y permanente, estimándose unos costes totales anuales de más de 7.000 millones €, lo que supone el 10% del gasto sanitario Español o lo que es lo mismo el 0.66% del PIB.

La buena noticia es que el 58% de los casos presentan supervivencias superiores a los 5 años, si bien ésta varía según el tipo de tumor. No obstante esta supervivencia es claramente mejorable, si nos atenemos a los datos disponibles en los países que presentan las mejores cifras.

Los retos en cáncer pasan por optimizar una mejor organización y gestión; un mayor apoyo a la investigación básica; una implantación sistematizada de la investigación traslacional en los hospitales; un decidido apoyo a la política de ensayos clínicos; y un mejor acceso a las terapias más novedosas así como a los biomarcadores que hacen posible una medicina de precisión.

Por supuesto es preciso garantizar que todos los españoles tengan las mismas posibilidades frente al cribado, diagnóstico y tratamiento. El foco debe ser la equidad, pero también la calidad y la satisfacción del paciente.

Para lograr todo ello es preciso medir y evaluar, de modo que sea realidad una medicina comparativa y competitiva, donde la excelencia en resultados sea el objetivo mayor, y por supuesto se necesita una financiación adecuada con una partida estatal finalista que permita una medicina en cáncer sostenible.

**Abstract**

Cancer in Spain is currently a major challenge due to its high incidence, mortality and prevalence. While in the year 1900 cancer occupied only the 7th cause of death of the Spanish, today it has become the first in men and the second in women, being responsible for the 27% of the deaths. The forecasts are also negative, as the incidence of cancer will increase in the coming years. In addition, cancer generates a high burden of temporary and permanent disability, estimating total annual costs of more than 7,000 million €, which represents 10% of Spanish health expenditure or what is the same 0.66% of GDP.

The good news is that 58% of cases present survival of more than 5 years, although this varies according to the type of tumor. However, this survival could be clearly improved, according to the data available in the countries that present the best figures. The challenges in cancer go through optimizing a better organization and management; a greater support for basic research; a systematized implementation of translational research in hospitals; strong support for clinical trial policy; and better access to the newest therapies as well as the biomarkers that make precision medicine possible.

Of course it is necessary to guarantee that all Spanish people have the same possibilities as regards screening, diagnosis and treatment. The focus should be not only for equity, but also for quality and patient satisfaction.

To achieve all this, it is necessary to measure and evaluate so that a comparative and competitive medicine were a reality. The excellence in results is the main objective. Finally an adequate financing is needed with a finalist state budget, and that allows a medicine in cancer sustainable.

**Autor para la correspondencia**

Eduardo Díaz-Rubio

Real Academia Nacional de Medicina de España

C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid

Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: ediazrubio@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Hace algo más de un siglo los españoles tenían una esperanza de vida media de 34,7 años, lo que contrasta enormemente con los datos actuales donde ésta se sitúa en los 83,1 años (1). Este incremento está sin duda relacionado con el mejor control de las enfermedades infecciosas y cardiovasculares, y los cambios de hábitat y de alimentación. Sin embargo este envejecimiento ha provocado una mayor incidencia de cáncer que ha pasado de ser la séptima causa de muerte de los españoles en 1900 a la primera en el varón y la segunda en la mujer en el 2018, produciendo el 27% de todas las muertes. Este incremento va además en aumento, de modo que en el siglo actual se espera que dos de cada 3 españoles van a tener un cáncer. En consecuencia parece oportuno ocuparse de un problema que trasciende más allá de la medicina para impactar de lleno en la sociedad (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Diferencias en las causas de muerte en España entre 1900 y 2018

CAUSAS DE MUERTE EN ESPAÑA	
Año 1900	Año 2018
1ª Diarreas	1ª Cardiacas
2ª Tuberculosis	2ª Cáncer
3ª Bronquiales	3ª Vasculares
4ª Vasculares	4ª Respiratorias
5ª Respiratorias	5ª Accidentes
6ª Cardiacas	
7ª Cáncer	

(Obsérvese que en el año 1900 la primera causa de muerte eran las diarreas y el cáncer ocupaba el séptimo lugar. En el año 2018 el cáncer es la primera causa de muerte en los varones y la segunda en la mujer) (datos del INE)

Tabla 2. Diferencias en la esperanza de vida en España entre 1900 y 2018 (datos del INE)

ESPERANZA DE VIDA EN ESPAÑA		
	1900	2018
Media	34,7 años	83,1 años
Varones	33,8 años	80,3 años
Mujeres	35,7 años	85,7 años

## ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA, MORTALIDAD Y PREVALENCIA DEL CÁNCER

Los datos elaborados por GLOBOCAN 2018 (2) indican que durante 2018 se produjeron en el mundo un total de 18,1 millones de nuevos cánceres, de los que el 23,4% correspondió a Europa, el 48,4% a Asia, el 21% a América, el 5,8% a África y el 1,4% a Oceanía. Se calcula que para el 2040 se producirán 29,5 millones de nuevos casos, con un aumento por tanto del 63%. Todo ello se tradujo en 9,6 millones de muertes a nivel mundial que serán 16,3 millones en el año 2040 (incremento del 71%). En concreto en el mundo occidental el cáncer se ha convertido en la primera causa de muerte en la edad comprendida entre los 0 y los 69 años (muerte prematura).

Los datos más recientes de incidencia, mortalidad y prevalencia del cáncer en España han sido analizados por GLOBOCAN 2018 (2) y en esencia no difieren mucho de los publicados previamente en el "informe SEOM" (Sociedad Española de Oncología Médica de 2018 (3) y de los datos ofrecidos por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) (4) (5). En el año 2019, la SEOM ha actualizado estos datos (6)

Según GLOBOCAN 2018 la incidencia estimada de cáncer en España en 2018 fue de 270.363 nuevos casos. Como se ve en la Tabla 3 las 5 causas más frecuentes fueron el cáncer colorrectal, el de mama, próstata, pulmón y vejiga. El 42% de los casos se presentó en la mujer (mama, colorrectal, útero, pulmón, y vejiga) y el 68% en los varones (próstata, colorrectal, pulmón, vejiga y estómago). El incremento producido si se compara con los datos de 2015 es del 12% (6).

Tabla 3. Incidencia total de cáncer en España durante 2018 y desagregada por los tumores más frecuentes de acuerdo a GLOBOCAN 2018

Total Incidencia Año 2018	270.363 nuevos casos
Tumores Más Frecuentes	
Cáncer Colorrectal	37.172 casos (13,7%)
Cáncer de Mama	32.825 casos (12,1%)
Cáncer de Próstata	31.728 casos (11,7%)
Cáncer de Pulmón	27.351 casos (10,1%)
Cáncer de Vejiga	18.268 casos (6,8%)

Estos números pueden no obstante estar subestimados ya que la recogida de datos relacionados con la incidencia de cáncer en España se lleva a cabo a través de los registros existentes y estos no abarcan más allá del 17% de la población. Por lo tanto son datos que se extrapolan desde una muestra claramente insuficiente. Los registros existentes en España son los de: Albacete, Asturias, Canarias, Castellón, Ciudad Real, Cuenca, Gerona, Granada, La Rioja, Mallorca, Murcia, Navarra, País Vasco, Tarragona y Zaragoza. Ciudades tan grandes como Barcelona o Madrid no están recogidos en esos datos de registros de tumores, por lo que hay ser cautelosos con la interpretación de la incidencia. Esto contrasta enormemente con lo que ocurre en otros países europeos, fundamentalmente países nórdicos y países anglosajones, donde llegan a tener el 100% de registro de los pacientes con cáncer. De todo esto se deduce que evidentemente en España los registros de cáncer son un área de mejora absolutamente crítica para los programas de planificación asistencial.

En relación a la **mortalidad**, los datos son más sólidos, ya que han sido elaborados a partir de los certificados de defunciones por el INE y son por tanto bastante exactos. Según GLOBOCAN 2018 (Tabla 4) el número total de defunciones en España por cáncer fue de 113.584 casos, siendo las principales causas de muerte, el de pulmón, colorrectal, páncreas, mama y próstata. La relación incidencia/mortalidad es del 42%. La disminución de la mortalidad producida por cáncer en los últimos años, a pesar del aumento de la incidencia, se debe en gran medida a una prevención primaria, cribado, diagnóstico precoz y tratamientos más eficaces. Es preciso subrayar que de entre todas las causas que producen el cáncer, al menos un tercio son evitables (exposición a factores de riesgo, tabaco, infecciones, alcohol, obesidad, sedentarismo y dieta inadecuada). A ellas hay que añadir el envejecimiento y la herencia.

Tabla 4. Mortalidad total de cáncer en España durante 2018 y desagregada por los tumores más frecuentes de acuerdo a GLOBOCAN 2018

Total Mortalidad Año 2018	113.584 casos
Tumores Más Frecuentes	
Cáncer de Pulmón	22.896 casos (21,6%)
Cáncer Colorrectal	16.577 casos (15,6%)
Cáncer de Páncreas	7.279 casos (6,87%)
Cáncer de Mama	6.421 casos (6,06%)
Cáncer de Próstata	5.793 casos (5,47%)

Otro punto de interés es el relacionado con la **prevalencia**, o número de pacientes diagnosticados de tumor que continúan vivos a los 5 años del diagnóstico, que según los datos de GLOBOCAN 2018 fueron 772.853 casos. Dada la debilidad de los datos de incidencia pudiera ocurrir que la cifra de prevalencia sea mayor. De acuerdo a la SEOM la mayor prevalencia a 5 años se produce en el cáncer de mama (128.928 casos), cáncer de próstata (106.941 casos), cáncer colorrectal (105.714 casos), cáncer de vejiga (59.019 casos) y cáncer de pulmón (28.833 casos).

### VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD POR CÁNCER

En un estudio reciente hemos señalado por primera vez en España la incapacidad que produce el cáncer (7). Para ello se han obtenido datos de incapacidad temporal y permanente utilizando fuentes provenientes fundamentalmente del INSS y de las mutuas colaboradoras; así como también de las pensiones contributivas. En lo que se refiere a la incapacidad temporal como consecuencia del cáncer, en España se producen 38.343 casos al año y eso significa el 4.5% de todas las incapacidades temporales en el Sistema Nacional de Salud. En este estudio no se recogen los del sector privado que tienen ciertamente una magnitud, pero cuyas fuentes no son suficientemente fidedignas para poderlos integrar. En lo que se refiere a la incapacidad permanente o pensiones contributivas, el cáncer genera al cabo del año 95.866 casos, lo que supone el 10% de todas las pensiones contributivas que son consecuencia de una incapacidad (Tabla 5).

Tabla 5. Incapacidad temporal y permanente en España producida por el cáncer de acuerdo a Badía (6)

INCAPACIDAD POR CÁNCER (Datos del INSS)	Altas
Temporal	38.343 (4.5%)
Permanente (pensiones contributivas)	95.866 (10.1%)

### COSTES POR EL CÁNCER

Los datos de los costes por cáncer son de enorme importancia y hasta la fecha solo se disponía de datos parcelados y limitados. El estudio que hemos realizado (7) analiza tanto los costes directos como los indirectos producidos por el cáncer en España.

Los **costes directos**, están referidos al Sistema Nacional de Salud, y suman un total de 4.818 millones € (según datos de 2015); de los cuales 2.797 millones € corresponden a gastos hospitalarios; 1.717 millones € a fármacos antineoplásicos; y 304 millones € a la asistencia primaria (Tabla 6). Para su análisis se tuvo en cuenta el uso de recursos del SNS, el conjunto mínimo básico de datos (CMBD), los grupos relacionados de enfermedades (GRD), los datos de la Dirección General de Cartera Básica y Farmacia del SNS del año 2016, la base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP) y los datos de 3 CCAA sobre visitas a atención primaria.

Tabla 6. Costes Directos e Indirectos generados por el cáncer de acuerdo a Badía (6)	
<b>COSTES DIRECTOS</b>	
Hospitalarios	2.797 M€
Fármacos Antineoplásicos	1.717 M€
Atención Primaria	304 M€
<b>TOTAL</b>	<b>4.818 M€</b>
<b>COSTES INDIRECTOS</b>	
Muerte Prematura	125 M€
Incapacidad temporal	222 M€
Incapacidad permanente	292 M€
<b>TOTAL</b>	<b>639 M€</b>
<b>COSTES TOTALES</b>	<b>5.457 M€</b>

En lo que se refiere a **costes indirectos**, se analizó el impacto de las muertes prematuras, de la incapacidad temporal, y de la incapacidad permanente. Para su análisis se tuvo en cuenta la pérdida de productividad, los datos del INE de 2015 y del INSS referentes a la estadística de defunciones, la encuesta de población activa, y la encuesta cuatrienal de estructura social. El método utilizado fue el de fricción, que tiene en cuenta el tiempo hasta que el trabajador es sustituido. Su valoración final alcanzó los 639 millones €.

En total, la suma de los costes directos e indirectos fue de 5.457 M€, o lo que es lo mismo el 8.3% del Gasto Sanitario Público o el 0.51% del PIB Español.

Adicionalmente a los costos anteriores es preciso sumar lo que se llaman **costes de cuidado informal**, es decir aquello de lo que no se ocupa el SNS. Son los cuidados en definitiva no profesionales y no remunerados, pero que conllevan unos gastos a la familia para cuidar a una persona. Los costes de cuidado informal se han extraído de la publicación de Luengo-Fernández de 2013 (8), según el cual, representan 1.710 millones €. La AECC (9) se ha ocupado de este problema, y ha llamado la atención sobre lo que esto supone para aquellas personas que se encuentran en situación de desprotección, especialmente los parados y los autónomos que tienen que dejar de trabajar.

En definitiva de acuerdo a nuestro estudio (7) el **coste total del cáncer en España** del SNS es de 7.168 millones de euros (incluye los costes directos, los costes indirectos y los costes de cuidado informal). Probablemente son costes subestimados ya que a lo anterior habría que añadirle los costes intangibles o años de vida ajustados por discapacidad que no han sido tenidos en cuenta en este análisis (DALYs). En suma que el 10% del gasto sanitario público corresponde al cáncer lo que se traduce en un 0.66% del PIB español. Todos estos datos, aunque fríos, demuestran el alto impacto económico y social que tiene el cáncer (Tabla 7).

Tabla 7. Coste Total producido por el cáncer en España según Badía (6)	
Costes Directos + Costes Indirectos	5.457 M€
Costes de Cuidado Informal	1.710 M€
<b>COSTE TOTAL</b>	<b>7.168 M€</b>
% del Gasto Sanitario	10%
% del PIB	0,66%

#### COMPARATIVA DE LOS RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA AL CÁNCER EN ESPAÑA RESPECTO A OTROS PAÍSES

Conocer los resultados de supervivencia en cáncer en España y compararlos con otros países, es una obligación lógica, y permite posicionarnos respecto a los países de nuestro entorno y en relación con aquellos que presentan las mejores cifras. Los datos de la "American Cancer Society" (ACS) publicados en el 2018 (10) y referido al periodo 2007-2015, reflejan una supervivencia global (SG) a los 5 años en EEUU del 67%, mien-

tras que en España es del 55% de acuerdo a EUROCARE-5 (2015), del 58% según GLOBOCAN (2018) y del 53% según el informe SEOM 2019 (6). Por lo tanto, la primera conclusión es que la SG a 5 años es más baja en España que la que se produce en EEUU. En cuanto a Europa, el estudio EUROCARE-5 (11) (12) analizó en 5 tumores la SG a 5 años en los distintos países europeos. Aquí se aprecia que España se encuentra en la media europea, pero cuando nos comparamos con aquellos países de Europa que tienen los mejores resultados, se observan diferencias evidentes con los obtenidos en nuestro país. Por tanto son resultados peores en relación a los de los mejores países europeos y respecto a los datos de cada uno de esos tumores en EEUU, con diferencias, por ejemplo, que llegan a ser del 14.3% en negativo en el cáncer de próstata (Tabla 8). Se trata de una alerta que habrá que confirmar en el estudio EUROCARE-6 próximo a aparecer, pero que indudablemente pone el foco en que hay cosas que se pueden mejorar.

### CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

Es fácil encontrar a nivel político y a nivel profesional comentarios que subrayan que tenemos una extraordinaria sanidad pública; de las mejores del mundo. Veamos los datos. El “ranking del 2016”, publicado en “The Lancet” en mayo de 2018”, (14) muestra que la sanidad española ya no es de las diez mejores del mundo, habiendo caído al puesto 19. Este estudio mide la calidad del sistema sanitario en 195 países y para ello analiza y compara 32 causas por las que la muerte no se debería haber producido con una atención adecuada; muertes que podrían haberse ahorrado. Para hacer el estudio se extrajeron los datos que provienen de las cifras de incidencia y mortalidad de cada uno de los países. Este “Quality Index” (HAQ Index), sitúa a España con 97 puntos (sobre un máximo de 100). Llama la atención que globalmente estamos mejor que Canadá y EEUU pero que hemos empeorado respecto

Tabla 8. Supervivencia global a 5 años en diferentes tumores y su comparativa respecto a Europa (estudio Eurocare-5) y Estados Unidos (American Cancer Society)

SG 5 años	Mama	Colorrectal	Pulmón	Próstata	Melanoma
España	82,8%	57,1%	10,7%	84,7%	84,6%
Eurocare-5 media	81,8%	57%	13%	83,4%	83,2%
Eurocare-5 mejor resultado	86,1%	61,4%	15,3%	89,4%	90,4%
USA SEER	91%	66%	20%	99%	94%

Adicionalmente en 2018 se han publicado los resultados del estudio CONCORD 3 (13), donde se hace un análisis comparativo de supervivencia a 5 años entre países a nivel mundial. En este caso se pueden observar, diferencias negativas entre España y el mejor país referente. Así en cáncer de próstata hay una diferencia del 8.7% frente a Puerto Rico, en melanoma de un 6.8% respecto a Suiza, en cáncer de mama de un 5% con EEUU, en el tumor cerebral infantil 13.6% respecto a Suecia, en cáncer de cérvix 12.8% con Corea del Sur, cáncer de colon 8.6% con Corea del Sur, cáncer de recto 11.6% con Corea del Sur, cáncer de estómago 41.3% con Corea del Sur, cáncer de hígado 10.6% con Taiwán, cáncer de pulmón 19.4% con Japón, cáncer de esófago 2.3% con Japón y cáncer de páncreas 4.3% con Australia.

Por todo ello, uno de los grandes objetivos de la política en cáncer es mejorar los resultados. Ya hemos dicho que en España tenemos en cáncer una supervivencia a cinco años del 58% (GLOBOCAN 2018), y que esta es mejorable, por lo que se debe hacer el esfuerzo necesario para conseguir aumentar la supervivencia global de la enfermedad.

a años anteriores. ¿Pero por qué hemos caído? ¿Por qué hemos pasado de estar entre los 10 mejores al puesto 19?. Es interesante señalar que la menor puntuación está en relación sobre todo con el cáncer, con muertes que se podrían haber ahorrado con una mejor atención. Algunas llaman la atención: como las producidas por el cáncer de piel, cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de colon, cáncer de útero, cáncer de testículo, linfomas, leucemias, etc. De ser reales los datos, son indudablemente de alarma y los responsables de la asistencia sanitaria tienen que reflexionar sobre ellos.

### DESIGUALDAD GEOGRÁFICA DE LA MORTALIDAD

Otro problema que se suma a los anteriores se refiere a la **desigualdad geográfica en España**, en relación a la mortalidad. En un estudio del Instituto Carlos III publicado en 2018 (15), se analiza el mapa de mortalidad de España distribuido por CCAA. En este atlas se

observan datos intrigantes, como que el cáncer de estómago y el cáncer de pulmón presentan una distribución geográfica realmente llamativa y curiosa, lo que debería obligar a analizar cuidadosamente cuales son las causas por las que se produce esta desigualdad. Se puede especular sobre si estas diferencias son fruto de una recogida de datos desigual o si verdaderamente son debidos a causas medioambientales o de hábitos distintas. Vale la pena analizar este problema para poder establecer políticas correctoras.

#### PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A LA CALIDAD ASISTENCIAL

Pero no solo importa la cantidad de vida sino también la calidad. Es un tema de una enorme complejidad ya que habitualmente ésta última ni se mide ni se evalúa, y como consecuencia es difícil establecer políticas correctoras. Unido a la calidad se encuentra la satisfacción del paciente, otro punto absolutamente crítico y que está muy ligado a la equidad en el acceso y en los resultados.

El estudio “EuroHealth Consumer Index 2017” (16) analizó el punto de vista de los pacientes sobre la calidad asistencial, a través 974 asociaciones de pacientes. Este estudio ha mostrado que la sanidad española debe mejorar en tiempos de espera y en tiempos para la financiación de los nuevos medicamentos, señalando que España no está entre los países más privilegiados, lo que supone una llamada de atención. Concretamente en relación al cáncer, la accesibilidad al tratamiento no es óptima si se tiene en cuenta tanto la cirugía, como la radioterapia y la quimioterapia. Sobre este tema ha habido advertencias reiterativas por parte de la SEOM o la Fundación ECO que han puesto de manifiesto que los pacientes españoles tienen dificultad de acceso a los nuevos fármacos y a las nuevas tecnologías en relación a los países más desarrollados. Un ejemplo es la aprobación de nuevos fármacos en la que se producen retrasos no siempre justificados. Un primer retraso en el acceso a los nuevos fármacos ya lo encontramos entre el momento de su aprobación por la FDA (siempre por delante) y la aprobación por la Agencia Europea del Medicamento (EMA); un segundo retraso en relación a Europa, se encuentra en la aprobación por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de España; y un tercer retraso en la toma de decisiones sobre la financiación que en España es dependiente de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. Todo ello lleva muchas a veces un tiempo de aprobación cercano a los dos años, a lo que hay que añadir las limitaciones que pueden generarse en algunas CCAA y en los propios hospitales. En fin una dilación inasumible para los pacientes con cáncer. Entre las causas de estos retrasos se encuentra la financiación y el alto costo de los medicamentos de innovación, tema que debe ser afrontado con transparencia y con nuevas fórmulas económicas que permitan la llegada a los pacientes de manera inmediata de los fármacos considerados como disruptivos, es decir con resultados que cambian la historia natural de una enfermedad. La situación no es mucho mejor en el sis-

tema privado de aseguradoras, donde muchas pólizas no cubren fármacos aprobados que tienen un alto impacto económico, de modo que el paciente se los tiene que costear o acudir al sistema público.

#### LOS GRANDES RETOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Sin duda alguna el mayor reto que hay que plantearse en cáncer es el aumento de la supervivencia. Ya hemos dicho que en España la supervivencia global a 5 años es del 58% (GLOBOCAN 2018), y que aún hay techo para la mejora en relación con los países del mundo que presentan unas mayores tasas de supervivencia. Concretamente en EEUU esta tasa es del 69% y no hay razón alguna que impida que en nuestro país no podamos conseguirla. El segundo reto es lograr que en aquellos tumores que presentan tasas de supervivencia discretas o mediocres se den pasos en el conocimiento y en la innovación que mejoren los resultados actuales.

A continuación analizamos algunas variables que son determinantes para conseguir estos progresos, pero no podemos olvidar que una gran parte de la solución es la prevención primaria y secundaria. El cribado se ha asentado en tumores como el cáncer de mama, cáncer de colon, o próstata, pero este progreso es escaso y se precisa su extensión a otros tumores.

La desigualdad en las oportunidades frente a un cribado, un diagnóstico o un tratamiento del cáncer es sin duda una de las grandes losas con las que se enfrenta la medicina moderna. Dado que la salud es un derecho, el Estado y las CCAA tienen la obligación de procurar equidad y calidad dentro del SNS evitando la variabilidad injustificada.

Decía William Osler (1849-1919) en su libro “The Practice of Medicine” que “si no fuera por la gran variabilidad entre individuos, la medicina bien podría ser una ciencia y no un arte”. En este contexto cabe subrayar que la variabilidad en sí no es mala siempre y cuando esté ajustada a “lex artis” y que además sea inevitable, es decir razonable. Lo anterior implica que la actuación médica debe ajustarse a las guías, vías, protocolos, informes de expertos, cultura local, y experiencia. El gran problema de la variabilidad es cuando se genera desigualdad y se comprometen los resultados, por que eso altera la equidad, la calidad y la sostenibilidad. En definitiva aparece la ineficiencia. De acuerdo a Kennedy (17) la variabilidad se define como “pacientes que con similares diagnósticos, pronóstico y datos demográficos, reciben diferentes cuidados dependiendo de cuándo, dónde y por quién son tratados, a pesar de existir documentos que avallan la mejor práctica”.

La variabilidad de la práctica clínica podría estar justificada en algunos casos, pero en otros muchos traduce una mala praxis. Esto tiene una serie de derivadas que deben ser objeto de análisis. La primera se refiere a la organización de la práctica clínica, que en cáncer es con cierta frecuencia deficiente, por lo que puede ser mejorable. Lo anterior implica tener cir-

cuitos prioritarios para los pacientes con cáncer con vías específicas que sean similares a lo largo del Estado Español. En este aspecto la desigualdad actual no solo es visible entre las diferentes CCAA sino también dentro de cada una de ellas. En este contexto el trabajo en red debe ser una prioridad, con centros de referencia para las patologías más complejas o para los casos más raros.

Por todo ello es preciso asegurar la igualdad en el acceso al cribado, diagnóstico y tratamiento estándar, pero también en el acceso a la innovación clínica y tecnológica. Lamentablemente en el momento actual ninguno de estos aspectos se miden, lo que equivale a decir que no hay datos fehacientes, y esto es sumamente crítico. Otro tanto puede decirse de la calidad, sobre la que no hay datos ni tampoco se mide. Hoy no tenemos datos sobre resultados, lo que implica que desconocemos las cifras de complicaciones, supervivencias, costes, etc, entre los hospitales y las diferentes CCAA. Sin estos datos es difícil establecer una política que garantice la sostenibilidad del sistema. Por lo tanto es preciso medir y evaluar.

#### ESTRATEGIAS A DESARROLLAR EN CÁNCER

Para mejorar los resultados en cáncer hay muchas estrategias a desarrollar que no queremos dejar de mencionar aquí, aunque el contexto de la publicación no permita sino ponerlas encima del tapete si bien sea someramente. Estas estrategias deben estar basadas en políticas de innovación a diferentes niveles, y de entre ellas conviene resaltar las siguientes.

1. Un mejor *conocimiento* del cáncer: esta *Innovación* con mayúsculas es absolutamente esencial, y valga como ejemplo el impulso que la biología molecular ha generado en el desarrollo de nuevos fármacos.
2. *Innovación en medicamentos*, con una política de desarrollo de fármacos, y ensayos clínicos, en el que se garantice no solo la participación de la industria farmacéutica, sino también las de tipo académico especialmente a través de los grupos cooperativos.
3. *Acceso a las nuevas tecnologías en diagnóstico y tratamiento* donde se deberá invertir más y aumentar el trabajo en red.
4. Una *medicina de precisión* al alcance de todos con acceso universal a la determinación de los biomarcadores.
5. Se debe trabajar en disponer de unas *estructuras de oncología* que permitan una *medicina traslacional*, lo que cada vez es más capital y más importante. Probablemente la medicina traslacional es el modelo de negocio en relación al tratamiento de los pacientes con cáncer que puede cambiar más ya que cada vez hay más tecnología que tendremos que desarrollar en los hospitales. En este aspecto hay que evitar que exista una separación entre la investigación y la asistencia, ya que en cáncer no existen líneas rojas.

6. Existe otro gran campo relacionado con lo anterior que es la *organización y la gestión* dado que en la medicina moderna estos aspectos son absolutamente esenciales. No comprometerse con estos aspectos traduciría una falta de ética en la medicina social que vivimos.
7. Por otro lado los resultados en salud están indudablemente ligados, de ahí su importancia, a los *sistemas de información*. Estos sistemas están caducos en el momento actual, no solo porque tecnológicamente son mejorables, sino porque además deben incluir los conocidos como "*big data*", que a través de millones de datos pueden cambiar el modo y manera en que hacemos la medicina incorporando los datos del mundo real ("*Real World Data*").
8. También hay que implementar los *circuitos preferentes* para los pacientes con cáncer. Hay que conocer desde que entra una persona en el hospital hasta que llega al tratamiento y saber cuáles son los *puntos críticos* que se están produciendo en este aspecto. Además es preciso integrar en este circuito a la atención primaria, que consideramos básica para los programas de cribado, diagnóstico precoz, planificación terapéutica y seguimiento.
9. Otro aspecto fundamental es establecer una política de *calidad de vida y de satisfacción del paciente* mencionada anteriormente.
10. Dentro de la política de innovación son aspectos básicos a considerar la *sostenibilidad*, el *desarrollo* y la *formación profesional*.
11. En cuanto a la política de *cribado* es preciso resaltar que existen diferencias llamativas entre las diferentes CCAA. Un ejemplo es el cáncer de colon, en algunas prácticamente sin desarrollo y en otras al 100%.
12. No se debe olvidar la *prevención primaria*, que a través de las modificaciones del estilo de vida, puede conseguir hasta una disminución del 30% en la incidencia del cáncer. Esta política es sin duda alguna la más barata y la más eficaz.

#### PLAN DE ACCIÓN

Para resolver los problemas anteriormente planteados se debe pasar a la acción. En innovación hay que intentar planificar y ejecutar estas estrategias, desarrollando un modelo de planificación de todos los puntos comentados anteriormente, y llevando a cabo en cada uno de ellos: un análisis de situación; una exposición de los puntos críticos; ver las acciones que se deberían desarrollar; cuáles son las barreras que están impidiendo que las cosas no se estén implementando de manera adecuada; copiar aquellos ejemplos de buenas prácticas; establecer siempre un plan de viabilidad; y desde luego una financiación finalista específica. Este plan de acción debe ser un compromiso global e involucrar a los políticos, gestores sanitarios, y profesionales, y tendría que desarrollarse en el marco del Plan de Cáncer a nivel del Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad.

## EJEMPLOS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

No queremos dejar de mencionar aquellas iniciativas que en el momento actual están llevando a cabo diversas instituciones para mejorar la práctica clínica en cáncer y que podemos considerar como ejemplos de buena práctica clínica. A continuación se citan algunos de ellos.

El programa “Oncoevalúa” desarrollado por la SEOM está orientado a tres tumores: cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer de colon; y donde se está trabajando en indicadores, con el objetivo de medir y comparar resultados en salud de una forma estandarizada. Este proyecto permitirá tener datos encima de la mesa y poder por tanto hacer una evaluación de resultados entre hospitales y CCAA.

Otro ejemplo es el trabajo que está llevando a cabo la Fundación ECO a través de las certificaciones de calidad, haciendo una simbiosis con ASCO mediante los programas de calidad de tipo “QOPI”. Igualmente las “Guías de Práctica Clínica NCCN” en su edición europea (España); las cuales son únicas al ser guías de adaptación y no guías de traducción, por lo que son absolutamente fundamentales.

También debe ser destacada la “Ponencia de estudio sobre Genómica del Senado de 2018” donde puede haber resultados muy interesantes. En ella se hablará de medicina de precisión, de genómica, de cómo debe ser la organización, el acceso y la sostenibilidad. Han participado 50 expertos incluyendo varios oncólogos médicos, investigadores básicos, epidemiólogos, juristas y miembros de partidos políticos. Próximamente tendremos el informe correspondiente y conoceremos cuales son las propuestas a desarrollar.

Otra estrategia institucional es el llamado “Plan de Cáncer” (Estrategia en Cáncer del SNS) que se gestó en el año 2003. Fue un esfuerzo sin precedentes y hubo un consenso absoluto de todas las CC.AA, de todos los profesionales y sociedades científicas, con alabanzas importantes de agentes externos que intervinieron. Sin embargo el Plan de Cáncer ha tenido un déficit de implantación y de implementación motivado en parte por la falta de un presupuesto finalista y por otro lado por la configuración del Estado Español con las transferencias sanitarias a la CCAA. Es responsabilidad del Consejo Interterritorial recuperarlo y conseguir que económicamente esté dotado como ocurre con el Plan Inglés o el Francés.

También se han hecho esfuerzos importantes en el desarrollo de plataformas moleculares orientadas a una medicina de precisión, con el objetivo de llegar a todos los rincones de España para el beneficio del paciente. Ha sido un esfuerzo muy importante liderado por los profesionales, con la ayuda de la industria farmacéutica; y es hora que el sistema público se haga cargo de ellas. Lo que no cabe duda es que debería ser algo más organizado, como lo es por ejemplo en el sistema francés a través de las denominadas “*canceropôles*” que implementó la determinación de biomarcadores en Francia, garantizando el acceso y disponibilidad, siempre con una certificación de calidad. Es una iniciativa a imitar. Lo que es indudable es que estos biomarcadores deben estar en la cartera de servicios del SNS.

Otro programa de gran interés es la investigación biomédica oncológica en red a través de “CIBERONC” (área temática de cáncer del Instituto Carlos III), que hace que los centros puedan intercomunicarse y trabajar juntos, y a la par desarrollar proyectos de investigación traslacionales. Lamentablemente la baja financiación hace que estos programas tengan sus limitaciones no solo en los proyectos que se llevan a cabo sino también en el número de centros que participan, pero en cualquier caso es una iniciativa del mayor interés.

Por último, hay iniciativas de foros de reflexión que son paradigmáticos y que deben ser potenciados. Ejemplo de ello son la Real Academia Nacional de Medicina de España (RANM), la SEOM y la Fundación ECO donde se debaten los temas más candentes relacionados con la carga del cáncer en España.

## CONCLUSIONES

El cáncer en España es hoy en día un reto mayor, ya que se trata de un problema importante y frecuente. Para dar una respuesta adecuada existen una gran cantidad de áreas de mejora y que en esencia se resumen en las siguientes: 1) prevención primaria y diagnóstico precoz, 2) calidad y satisfacción de los pacientes, 3) asistencia integral con verdaderos circuitos para pacientes y garantía de acceso al cribado, diagnóstico y tratamiento, 4) organización y gestión, 5) sistemas de información, 6) investigación clínica y traslacional. Por último y para desarrollar todas las áreas mencionadas es preciso que exista una financiación adecuada, por lo que debe haber una partida estatal presupuestada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte. 2018. <https://www.ine.es>
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68(6):394-424.
3. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España (2018). <https://seom.org/seomscms/images/stories/recursos/>
4. Red Española de Registros de Cáncer. Estimaciones de la incidencia y supervivencia del cáncer en España y situación en Europa (2017). <http://redecam.org/es/>. 2017.
5. Galceran J, Amejide A, Carulla M et al. REDECAN 2015. Cancer incidence in Spain, 2015. *Clin Transl Oncol* 2017; 19 (7): 799-825.
6. Las cifras de cáncer en España 2019. Día mundial del cáncer. SEOM. <http://seom.org/dmcan-cancer/las-cifras-de-cancer-en-espana-2019/>
7. Badia X, Tort M, Manganelli AG, Camps C, Díaz-Rubio E. The burden of cancer in Spain. *Clin Transl Oncol* 2019; 21(6): 729-734.

8. Luengo-Fernández R, Leal J, Gray A, Sullivan R. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *Lancet Oncol* 2013 ; 14(12): 1165-1174.
9. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Observatorio de cáncer 2018. <http://observatorio.aecc.es>.
10. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2018. <https://www.cancer.org/.../cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-figure>
11. Minicozzi P, Otter R, Primic-Žakelj M, Francisci S. Survival of cancer patients in Europe, 1999–2007: The EURO CARE-5 study. *Eur J Cancer* 2015 ; 51(15): 2099-2268.
12. De Angelis R, Sant M, Coleman MP et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014 ; 15(1): 23-34.
13. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V et al. CONCORD working Group: Global surveillance of trends in cancer survival 2000-2014 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* 2018 ,17; 391: 1023-1075.
14. GBD healthcare access and quality collaborators. Ranking del 2016. Measuring performance on the healthcare access and quality index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; 391: 2236-2271.
15. López-Abente G. Mapa de Mortalidad de España (1989-2008). Centro Nacional de Epidemiología. Atlas 2018.
16. EuroHealth Consumer Index 2017. <https://health-powerhouse.com/media...2017/EHCI-report.p>
17. Kennedy P. Clinical practice variation. *Med J Aust* 2010 , 18; 193(8 Supl): S97-99.

#### DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en la presente revisión.

---

Si desea citar nuestro artículo:

Díaz-Rubio E.

La carga del cáncer en España

ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;

An RANM · Año 2019 · número 136 (01) · páginas 25–33

DOI: 10.32440/ar.2019.136.01.rev06

---