



ESPAÑA

Perfiles nacionales de cáncer

2025



Serie «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, las distintas regiones y los grupos de población. 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 nivel de la UE, nacional y regional en el marco del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer. Asimismo, el Registro Europeo de Desigualdades frente al Cáncer respalda 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 contribuciones de los expertos nacionales y las observaciones formuladas por el Comité de Salud de la OCDE y por el grupo de trabajo temático 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 e información adicionales procedentes del Centro Común de Investigación (JRC) de la Comisión Europea, la encuesta para las estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida (EU-SILC), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), la Sociedad Europea de Oncología PEDIÁTRICA (SIOPE), la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (encuesta sobre las personas LGBTIQ de la FRA), el Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados (HBSC), así como de los perfiles sanitarios nacionales y los perfiles nacionales de cáncer de 2023, y de otras fuentes nacionales (independientes de intereses privados o comerciales). Los promedios de la UE son promedios ponderados de los veintisiete Estados miembros a menos que se especifique lo contrario. Estos promedios de la UE no incluyen a Islandia y Noruega. Las tasas de incidencia y mortalidad están estandarizadas por edad de acuerdo con la población estándar europea que utiliza Eurostat desde 2013.

La paridad de 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: El presente documento se publica bajo la responsabilidad del secretario general de la OCDE y de la presidenta de la Comisión Europea. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en él no reflejan necesariamente los puntos de vista oficiales de los países miembros de la OCDE ni de la Unión Europea. Este documento, así como los datos y mapas incluidos en él, se entienden sin perjuicio del estatuto de cualquier territorio o de la soberanía sobre este, de la delimitación de las fronteras y límites internacionales ni del nombre de cualquier territorio, ciudad o zona. Los nombres de los países y territorios y los mapas utilizados en esta publicación conjunta siguen la práctica de la OCDE.

Cláusulas específicas de exención de responsabilidad en materia territorial aplicables a la OCDE:

Nota de la República de Turquía: la información del presente documento que hace referencia a Chipre se refiere a la parte meridional de la isla. No existe una única autoridad que represente tanto a la población turcochipriota como a la población grecochipriota de la isla. Turquía reconoce a la República Turca del Norte de Chipre. Hasta que se encuentre una solución duradera y equitativa en el contexto de las Naciones Unidas, Turquía mantendrá su posición con respecto a la «cuestión chipriota».

Nota de todos los Estados de la Unión Europea miembros de la OCDE y de la Unión Europea: todos los países miembros de las Naciones Unidas, a excepción de Turquía, reconocen a la República de Chipre. La información que figura en el presente documento se refiere a la zona bajo control efectivo del Gobierno de la República de Chipre.

© OCDE/Unión Europea 2025. En caso de divergencia entre el documento original y alguna de sus traducciones, únicamente se considerará válido el texto de la obra original.

Índice

1. DATOS DESTACADOS	3
2. EL CÁNCER EN ESPAÑA	4
3. FACTORES DE RIESGO Y POLÍTICAS DE PREVENCIÓN	9
4. DETECCIÓN PRECOZ	14
5. FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA	17
5.1. Accesibilidad	17
5.2. Calidad	20
5.3. Costes y rentabilidad	22
5.4. Bienestar y calidad de vida	23
6. ANÁLISIS DEL CÁNCER PEDIÁTRICO	25

Resumen de las características principales del sistema sanitario

Esperanza de vida al nacer (años)



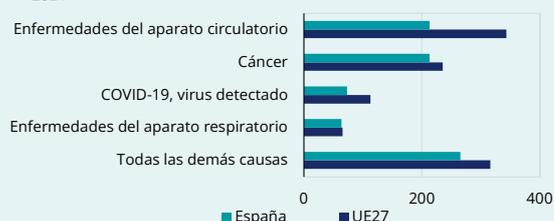
Porcentaje de la población con 65 años o más (%)



Gasto sanitario en % del PIB, 2022 o el año más reciente

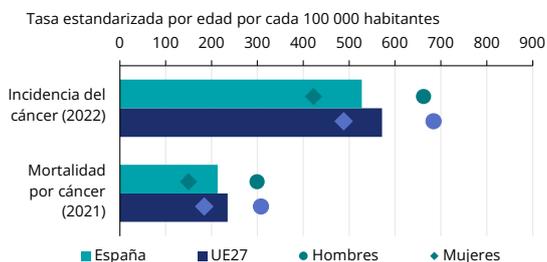


Tasa de mortalidad estandarizada por edad por cada 100 000 habitantes, 2021



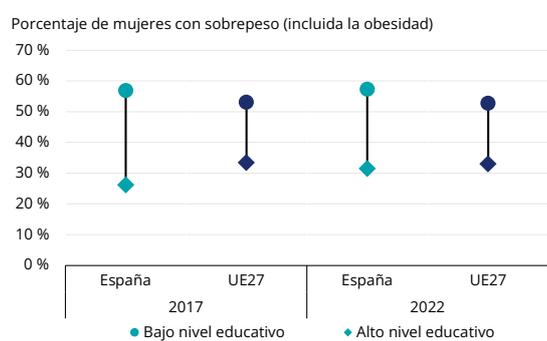
Fuente: Base de datos de Eurostat.

1. Datos destacados



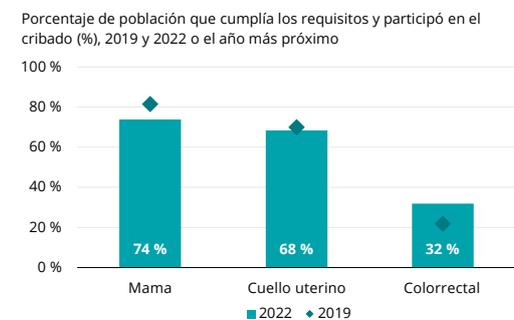
El cáncer en España

Las tasas estimadas de incidencia y mortalidad del cáncer en España figuran entre las más bajas de la UE. Se prevé que en España los cánceres con mayor incidencia en 2022 serán el cáncer colorrectal, el cáncer de mama, el cáncer de próstata y el cáncer de pulmón. Las desigualdades socioeconómicas en cuanto a la mortalidad por cáncer son relativamente bajas, salvo en el caso del cáncer de pulmón entre los hombres.



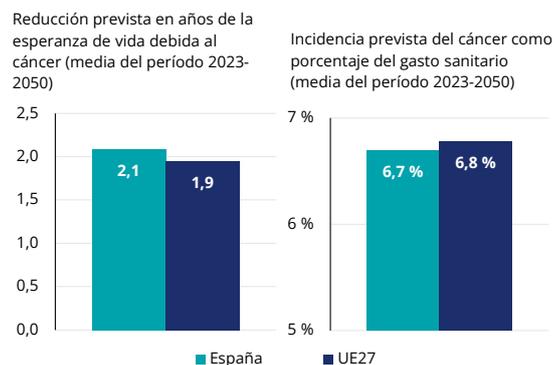
Factores de riesgo y políticas de prevención

España destaca en la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en niñas y tiene tasas de sobrepeso y obesidad más bajas que la mayoría de los países de la UE. Sin embargo, persisten importantes desigualdades educativas entre las mujeres, ya que aquellas con menor nivel de estudios tienen un 80 % más de sobrepeso que las que poseen estudios superiores. Las tasas de tabaquismo y consumo de alcohol entre adultos siguen siendo altas, y la contaminación atmosférica resulta preocupante. Las políticas antitabaco actualizadas buscan reducir el consumo, pero las desigualdades educativas ligadas a la actividad física y a los hábitos alimentarios requieren intervenciones específicas para mejorar la salud pública y reducir desigualdades en la prevención del cáncer.



Detección precoz

El cribado de cáncer de mama abarca a todas las mujeres de entre 50 y 69 años con mamografías cada dos años. En 2019, el cribado de cáncer de cuello uterino pasó a adoptar un enfoque poblacional entre mujeres de 25 y 65 años, incluyendo exámenes para la detección del virus del papiloma humano, con el objetivo de alcanzar una cobertura casi total en diez años. A pesar de las desigualdades regionales, la participación en programas de cribado de cáncer colorrectal ha ido aumentando. Las tasas de participación en programas de cribado de cáncer de cuello uterino se han mantenido relativamente estables, pero es necesario tomar medidas para abordar la baja participación entre grupos vulnerables.



Funcionamiento de la atención oncológica

La modernización e inversión en equipos de diagnóstico y tratamiento han mejorado el acceso a la asistencia en España, aunque la falta de oncólogos evidencia la necesidad de planificación estratégica. La calidad de la atención mejora con medidas como el acceso a la medicina de precisión, la consolidación de centros oncológicos integrales y la promoción de servicios psicosociales en la atención oncológica. Existen esfuerzos por estandarizar y garantizar el acceso a cuidados paliativos, lo que debería mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado. Entre 2023 y 2050, se prevé que la incidencia del cáncer como proporción del gasto sanitario en España sea menor que la media de la UE, pero que su impacto en la reducción de la esperanza de vida sea mayor.

2. El cáncer en España

La incidencia del cáncer en España es inferior a la de la mayoría de los países de la UE

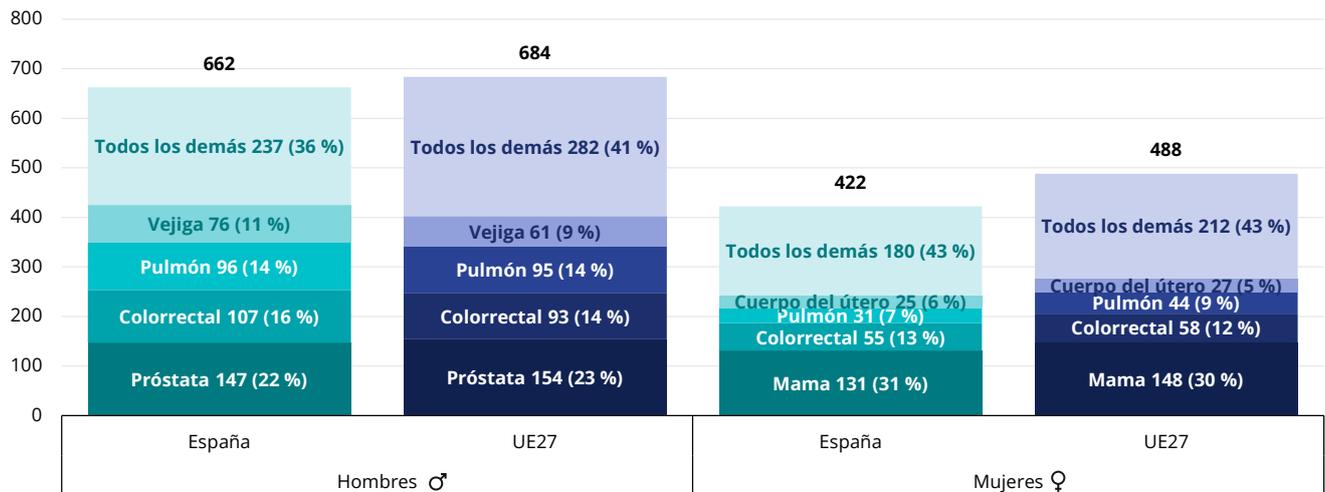
Según el Sistema Europeo de Información del Cáncer (ECIS, por sus siglas en inglés) del Centro Común de Investigación, teniendo en cuenta la evolución de la incidencia en los años anteriores a la pandemia, en 2022 se preveían alrededor de 264 528 nuevos casos de cáncer en España, el 57 % de los cuales se diagnosticarían a hombres. La tasa de incidencia estandarizada por edad del cáncer era de 422 por cada 100 000 mujeres (inferior a la media de la UE, que es de 488 por cada 100 000) y de 662 por cada 100 000 hombres (inferior a la media de la UE, que es de 684 por cada 100 000). El cáncer de próstata fue el cáncer más habitual

entre los hombres y representaba el 22 % de la tasa de incidencia de cáncer, porcentaje que se acercaba mucho a la media del 23 % de la UE. El cáncer colorrectal (16 %), el cáncer de pulmón¹ (14 %) y el cáncer de vejiga (11 %) eran otros tipos de cáncer frecuentes entre los hombres. Entre las mujeres, el cáncer de mama era el más habitual y representaba el 31 % de la tasa de incidencia de cancer (frente a la media de la UE del 30 %), seguido del cáncer colorrectal (13 %), el cáncer de pulmón (7 %) y el cáncer de útero (6 %) (Gráfico 1).

En cuanto a previsiones futuras, el ECIS estima que los casos de cáncer aumentarán un 31 % entre 2022 y 2040.

Gráfico 1. El cáncer de mama, el cáncer de próstata y el cáncer colorrectal siguen siendo los tipos de cáncer más diagnosticados

Tasa de incidencia estandarizada por edad por cada 100 000 habitantes, estimación, 2022



Notas: Las cifras relativas a 2022 son estimaciones basadas en la evolución de la incidencia en años anteriores, y pueden diferir de las tasas observadas en los últimos años. Incluyen todos los cánceres, salvo el cáncer de piel distinto del melanoma. El cáncer del cuerpo del útero no incluye el cáncer de cuello uterino.

Fuente: Sistema Europeo de Información del Cáncer (ECIS). Extraído del sitio <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, consultado el 10 de marzo de 2024. © Unión Europea, 2024. El desglose porcentual de la incidencia se volvió a calcular sobre la base de las tasas de incidencia ajustadas por edad, por consiguiente difiere del desglose porcentual de las cifras absolutas que figuran en el sitio web del ECIS.

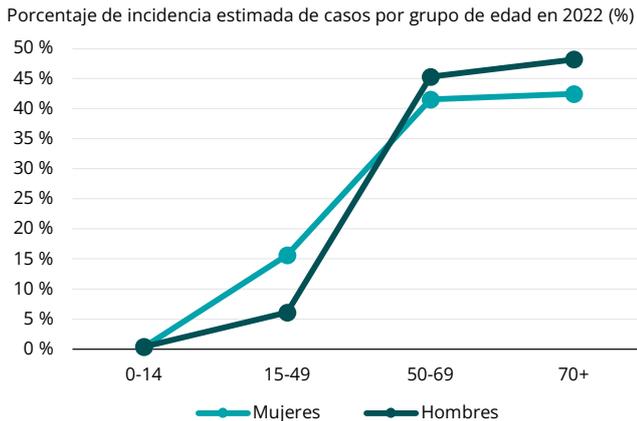
El porcentaje de casos de cáncer en el rango de edad de quince a cuarenta y nueve años es mayor entre las mujeres que entre los hombres

Conforme avanza la edad, la probabilidad de desarrollar cáncer aumenta de manera significativa, en particular después de los cuarenta y nueve años (Gráfico 2). El porcentaje de casos de cáncer en el rango de edad de quince a cuarenta y

nueve años es mayor entre las mujeres que entre los hombres, sobre todo debido a la incidencia de los cánceres específicos de la mujer, como el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama. Sin embargo, entre los hombres, se observa un mayor porcentaje de diagnósticos estimados de cáncer a partir de los cincuenta años.

¹ El cáncer de pulmón también incluye el cáncer de tráquea y el cáncer de bronquios.

Gráfico 2. Los diagnósticos de cáncer aumentan con la edad, pero las tendencias difieren entre los hombres y las mujeres en España



Notas: Las cifras hacen referencia a la proporción relativa del número estimado de casos de cáncer por grupos de edad respecto al total estimado de casos.
 Fuente: Sistema Europeo de Información del Cáncer (ECIS).
 Extraído del sitio <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, consultado el 10 de marzo de 2024. © Unión Europea, 2024.

El cáncer es la principal causa de muerte en España

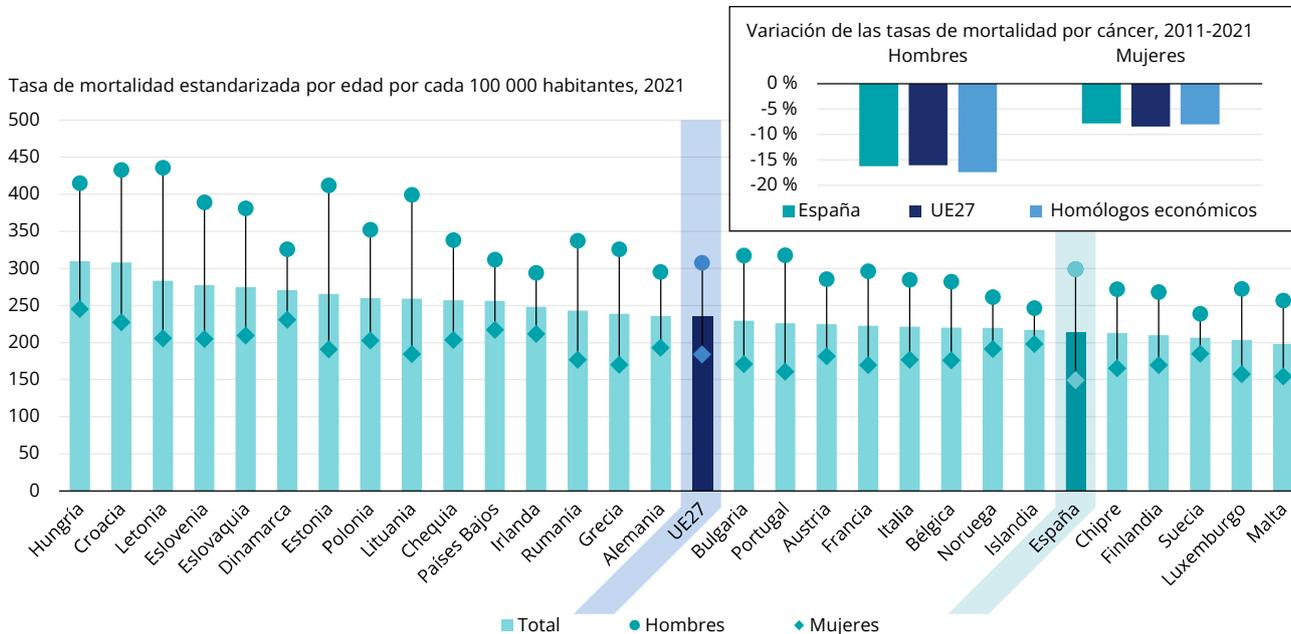
En 2021, el cáncer fue la principal causa de muerte entre los hombres en España y la segunda

causa principal entre las mujeres, después de las enfermedades del aparato circulatorio. En general, en 2021 el cáncer fue responsable de 213 muertes por cada 100 000 habitantes estandarizadas por edad, una disminución con respecto a las 244 muertes por cada 100 000 habitantes que se registraron en 2011, y que representó alrededor de una cuarta parte de todas las muertes registradas en España. Esta tasa de mortalidad por cáncer es menor que la media de la UE, de 235 por cada 100 000 habitantes. El cáncer solo es la principal causa de mortalidad en España, Bélgica, Dinamarca, Francia y los Países Bajos.

Entre 2011 y 2021, la mortalidad por cáncer disminuyó de forma considerable en España, sobre todo entre los hombres

Las tasas de mortalidad entre los hombres disminuyeron de manera significativa (un 16 %) entre 2011 y 2021, aunque esta reducción fue inferior a la de los homólogos económicos de España², que registraron una disminución del 17 %. La tasa de mortalidad entre las mujeres españolas se redujo más lentamente: un 8 % en el mismo período, lo que supone una reducción equivalente a la de los homólogos económicos del país (Gráfico 3).

Gráfico 3. Las tasas de mortalidad por cáncer en España presentan importantes disparidades de género, a pesar de mostrar tasas bajas en general



Notas: Por homólogos económicos se entiende los grupos de los terciles según el PIB per cápita de 2022 en términos de estándar de poder adquisitivo. Los homólogos económicos de ES son CY, CZ, FI, FR, IT, LT, MT y SI.
 Fuente: Base de datos de Eurostat.

2 Por homólogos económicos se entiende los grupos de los terciles según el PIB per cápita de 2022 en términos de estándar de poder adquisitivo. Los homólogos económicos de ES son CY, CZ, FI, FR, IT, LT, MT y SI.

Las principales causas de muerte relacionada con el cáncer son el cáncer de pulmón, de mama, de próstata y el cáncer colorrectal

En 2021, los cánceres con mayores tasas de mortalidad entre las mujeres en España fueron el cáncer de mama (22 muertes por cada 100 000 habitantes), el cáncer de pulmón (21 por cada 100 000 habitantes), el cáncer colorrectal (20 por cada 100 000 habitantes), el cáncer de páncreas (13 por cada 100 000 habitantes) y el cáncer de ovario (7 por cada 100 000 habitantes). En cuanto a los hombres, las principales causas de mortalidad por cáncer se atribuyeron al cáncer de pulmón (76 muertes por cada 100 000 habitantes), el cáncer colorrectal (41 por cada 100 000 habitantes), el cáncer de próstata (28 por cada 100 000 habitantes), el cáncer de páncreas (18 por cada 100 000 habitantes) y el cáncer de vejiga (17 por cada 100 000 habitantes). Estas cifras ponen de relieve las diferentes repercusiones de los distintos cánceres en hombres y mujeres en España.

La mortalidad por cáncer de pulmón ha aumentado entre las mujeres

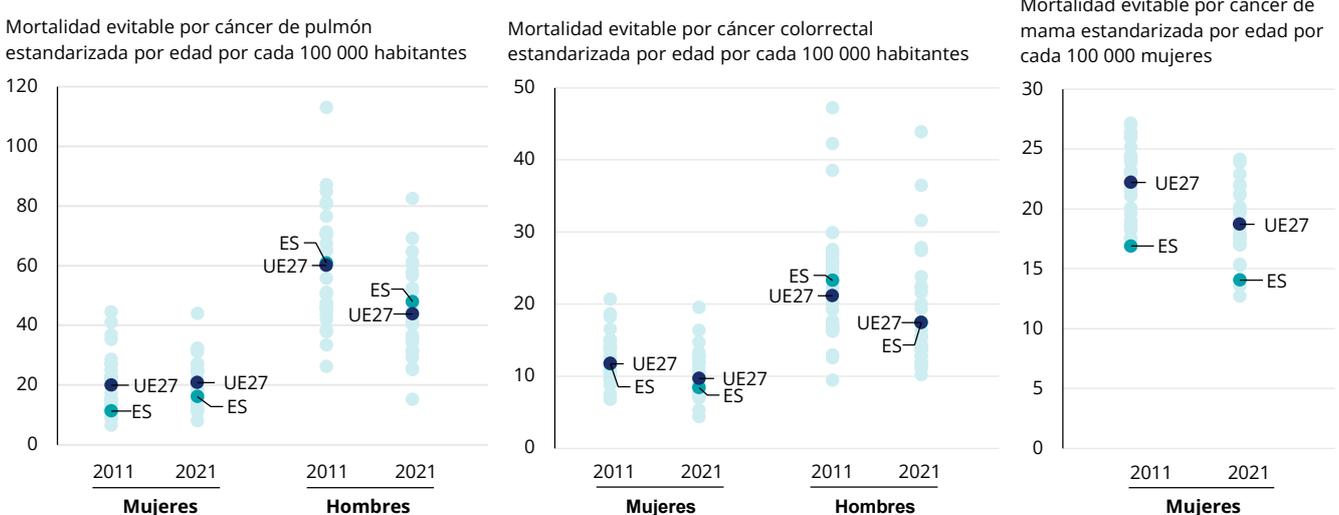
En 2021, la tasa de mortalidad evitable³ por cáncer de pulmón era de 16 por cada 100 000 mujeres (un 23 % menor que la media de la UE) y de 48 por cada 100 000 hombres (un 10 % superior a la media de la UE). No obstante, si bien la mortalidad por cáncer de pulmón entre los hombres había disminuido en un 21 % desde 2011, la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres se había incrementado de forma preocupante en un 42 % en el mismo período (en comparación con el aumento

del 4 % que se registró entre las mujeres en la UE). Es probable que esta cifra contribuyera a que la reducción de la mortalidad global por cáncer entre las mujeres en España fuera más moderada que en la UE. El incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres españolas está muy relacionado con el aumento de las tasas de tabaquismo durante la segunda mitad del siglo XX, lo cual refleja un retraso de la epidemia de tabaquismo en comparación con los hombres.

En 2021, la tasa de mortalidad evitable de España por cáncer de mama era de 14 por cada 100 000 mujeres, un 25 % menos que la media de la UE, y había disminuido en un 17 % desde 2011 (Gráfico 4). En 2021, la mortalidad evitable por cáncer colorrectal entre las mujeres era un 13 % inferior a la media de la UE, mientras que la tasa entre los hombres era similar a la media de la Unión. Desde 2011, la mortalidad evitable por cáncer colorrectal ha disminuido en un 25 % o más para ambos sexos, lo cual señala la importancia del cribado de cáncer colorrectal (véase la sección 4).

En España, las diferencias entre los géneros en cuanto a mortalidad evitable por cáncer de pulmón y cáncer colorrectal son grandes. Entre 2011 y 2021, las tasas de mortalidad evitable por cáncer colorrectal entre los hombres doblaban, aproximadamente, las de las mujeres. Sin embargo, la brecha de la tasa de mortalidad evitable de cáncer de pulmón entre hombres y mujeres se redujo de unas cinco veces superior en hombres a tres veces durante este período de tiempo.

Gráfico 4. En la última década, la mortalidad evitable por cáncer ha menguado, salvo en el caso del cáncer de pulmón entre las mujeres



Notas: Las cifras relativas a la mortalidad evitable se refieren a las muertes de personas menores de setenta y cinco años. Fuente: Base de datos de Eurostat. Los datos corresponden a 2021.

³ La mortalidad evitable incluye tanto la mortalidad prevenible que puede evitarse gracias a intervenciones eficaces en materia de salud pública y prevención como las muertes por causas tratables que pueden evitarse mediante intervenciones oportunas y eficaces de atención sanitaria.

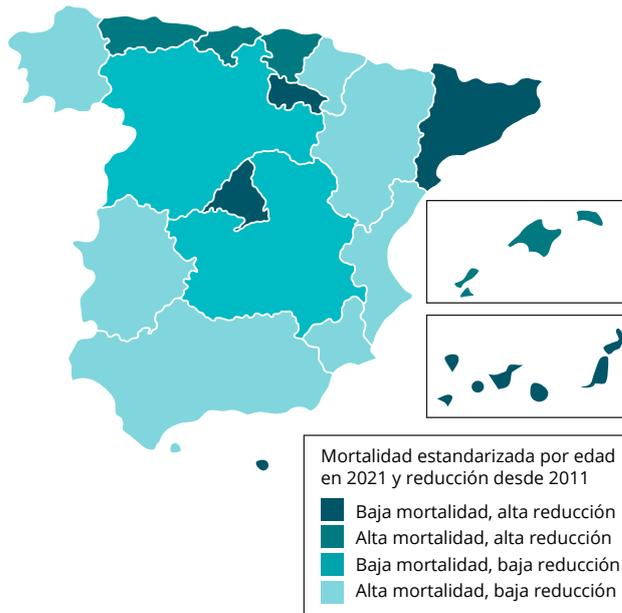
La mortalidad por cáncer decreció en todas las comunidades autónomas, pero siguen observándose diferencias

Todas las comunidades autónomas de España han mostrado una reducción de la mortalidad global por cáncer, aunque la tasa de disminución varía mucho. Entre 2011 y 2021, las Islas Canarias lograron una importante reducción del 19 % de las tasas de mortalidad por cáncer estandarizadas por edad. En cambio, Murcia solo registró una disminución del 6 % en el mismo período. Esta diferencia se debe a las persistentes disparidades entre comunidades, a pesar de las mejoras en todo el Estado.

Algunas comunidades, como Madrid, Cataluña y La Rioja, han presentado tasas de mortalidad por cáncer relativamente bajas y han mostrado mejoras significativas desde 2011. Otras, como Asturias, Cantabria y el País Vasco, que en 2011 registraron tasas de mortalidad por cáncer superiores a la media, presentaron mejores resultados y lograron situarse por debajo de la media estatal en 2021. Por otro lado, algunas comunidades han registrado tasas de mortalidad relativamente superiores y reducciones más lentas desde 2011. Un ejemplo de ello son Galicia, Aragón, Extremadura, Andalucía y Murcia (Gráfico 5).

La lenta convergencia de las tasas de mortalidad por cáncer entre las comunidades autónomas de España evidencia los avances desiguales a la hora de reducir la mortalidad por cáncer en todo el país. Esta disparidad refleja las diferencias en la prevalencia de los factores de riesgo, el acceso a una atención adecuada y las desigualdades en cuanto a recursos sanitarios, organización y gestión de estos, cuya responsabilidad recae sobre las comunidades autónomas (véanse las secciones 3, 4 y 5). Las comunidades autónomas con mayor gasto sanitario per cápita, una atención primaria y especializada mejor estructuradas, campañas de cribado más eficaces y sistemas de derivación eficientes a centros de atención terciaria suelen mostrar mejores resultados de mortalidad.

Gráfico 5. Las disparidades entre comunidades respecto a la reducción de la mortalidad por cáncer son considerables



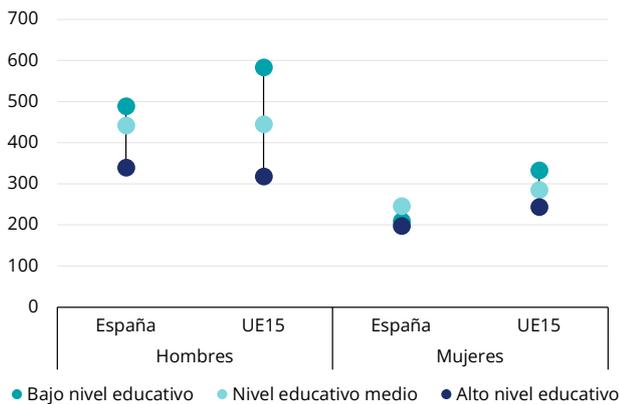
Notas: La baja y la alta mortalidad corresponden a tasas de mortalidad estandarizadas por edad inferiores y superiores al nivel nacional (213 por cada 100 000 habitantes). Las reducciones alta y baja corresponden a las reducciones inferiores o superiores a la reducción nacional de la mortalidad por cáncer (-12 %). Fuente: Base de datos de Eurostat. Los datos corresponden a 2021.

En España, las desigualdades en cuanto a la mortalidad por cáncer en función de la educación son mayores entre los hombres que entre las mujeres

En España, se observan desigualdades importantes relacionadas con la educación en cuanto a las tasas de mortalidad por cáncer tanto para los hombres como para las mujeres. El Gráfico 6 muestra que las personas con niveles educativos inferiores presentaban mayores tasas globales de mortalidad por cáncer estandarizadas por edad que las personas con niveles educativos superiores. La brecha en cuanto a la mortalidad por cáncer entre los hombres con un nivel educativo inferior y aquellos que tienen estudios superiores es de alrededor del 44 %, un porcentaje inferior a la brecha media de la UE, del 84 %. Entre las mujeres españolas, la brecha es del 6 %, que también se sitúa muy por debajo de la brecha media de la UE, del 37 %.

Gráfico 6. La educación tiene una repercusión considerable en las tasas de mortalidad por cáncer, sobre todo entre los hombres

Tasas generales de mortalidad por cáncer estandarizadas por edad por cada 100 000 habitantes



Notas: Datos del estudio EU-CanIneq correspondientes a 2015-2019. EU-15 hace referencia a la media no ponderada de catorce países de la UE y Noruega. Fuente: Comisión Europea/CIIC/Erasmus MC (2024), Mapping Socio-economic Inequalities in Cancer Mortality across European Countries. Ficha informativa sobre desigualdades del Registro Europeo de Desigualdades frente al Cáncer.

En cuanto a otras medidas socioeconómicas como la pobreza, los patrones varían. Según los datos del registro, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón muestran que la mortalidad más elevada se observa entre las mujeres que residen en las zonas menos desfavorecidas y entre los hombres que residen en las zonas más desfavorecidas. Un reciente estudio de población realizado en España pone de relieve que la situación socioeconómica influye de manera significativa en la mortalidad por cáncer de pulmón, y muestra tendencias opuestas entre hombres y mujeres (Redondo-Sánchez et al., 2023).

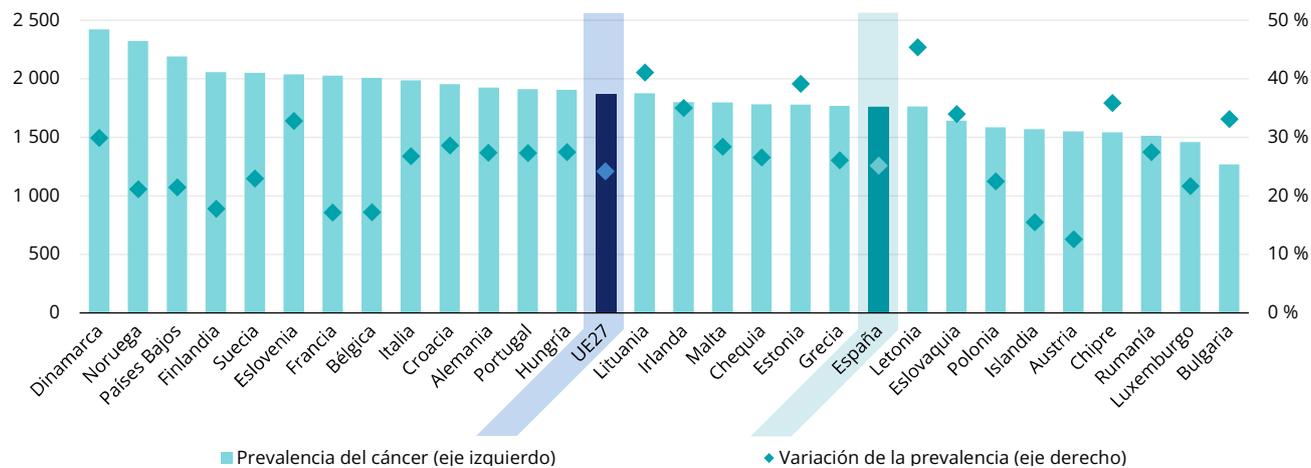
El creciente número de supervivientes de cáncer en España refleja la mejora de los resultados y el envejecimiento de la población

En 2022, España registró una prevalencia del cáncer a los cinco años⁴ de 1 764 casos por cada 100 000 habitantes, una cifra menor que la media de la UE, de 1 876 casos por cada 100 000 habitantes (Gráfico 7). Entre 2010 y 2020, la prevalencia del cáncer a lo largo de la vida en España aumentó un 25 %, una cifra cercana al 24 % de media en la UE.

Gráfico 7. El aumento de la prevalencia del cáncer en España es similar a la media de la UE

Tasas de prevalencia bruta a cinco años por cada 100 000 habitantes, 2022 (Globocan)

Variación de las tasas de prevalencia a lo largo de la vida estandarizadas por edad, 2010-2020 (EUROCARE-6)



Fuentes: Base de datos Globocan del CIIC, 2024; estudio EUROCARE-6 (De Angelis et al., 2024).

El aumento de la prevalencia en España podría atribuirse a la mejora de las tasas de supervivencia y al envejecimiento de la población. Si bien se registran tasas de incidencia del cáncer relativamente inferiores a la media de la UE, estos factores contribuyen al incremento del número de personas que padecen cáncer, lo cual intensifica la carga de los servicios de seguimiento y atención (véase la sección 5.1).

A fin de hacer frente a estos desafíos, la actual Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud de España expone varios ámbitos prioritarios (Recuadro 1). La presión adicional que sufren los servicios combinada con la falta de profesionales sanitarios representan un desafío a la hora de abordar las futuras mejoras de la Estrategia en Cáncer.

4 La prevalencia del cáncer se refiere a la proporción de habitantes que han sido diagnosticados de cáncer y siguen vivos, entre ellos aquellos que están recibiendo tratamiento contra el cáncer y los que ya lo han finalizado. La prevalencia del cáncer a los cinco años incluye a las personas que han sido diagnosticadas de cáncer durante los últimos cinco años, mientras que la prevalencia a lo largo de la vida hace referencia a las personas a las que en algún momento de su vida se les ha diagnosticado un cáncer.

Recuadro 1. La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud español tiene una perspectiva integral, y aborda la reducción de desigualdades a través de sus líneas estratégicas

La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud español actualizada en 2021 pretende lo siguiente: luchar contra los factores de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol, una dieta poco saludable, la falta de ejercicio, la contaminación ambiental, la radiación, las infecciones, la exposición al sol, los carcinógenos profesionales y el radón; mejorar el acceso al cribado de cáncer de mama, colorrectal y de cuello uterino, concienciar, valorar nuevas tecnologías y estudiar el cribado de cáncer de pulmón, así como velar por que las personas de mayor riesgo tengan acceso al cribado mediante la creación de unidades multidisciplinares; centralizar la atención de los tumores raros y crear una red de pacientes para el acceso a los recursos y la continuidad terapéutica; así como, proporcionar apoyo psicológico y social y garantizar el derecho al olvido de los supervivientes de cáncer. La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud se centra en la investigación y la innovación y aspira a fomentar el apoyo a los proyectos, las publicaciones de alto impacto, los ensayos clínicos y la medicina de precisión, en consonancia con el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer (Cuadro 1). La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud hace hincapié en la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria y pretende reducir las disparidades entre comunidades en cuanto a la atención oncológica. Asimismo, incluye un anexo sobre la atención del cáncer pediátrico que exige que los centros de tratamiento cumplan las normas de calidad.

Cuadro 1. La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud español se ajusta al Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer

Pilares del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer				Temas transversales del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer		
Prevención	Detección precoz	Diagnóstico y tratamiento	Calidad de vida	Desigualdades	Pediatría	Investigación e innovación
●	●	●	●	●	●	●

Notas: El azul indica que la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud incluye una sección específica sobre el tema; el naranja indica que el tema figura en una de las secciones de la Estrategia, pero que también se abordan otros asuntos; y el rosa señala que el tema no se incluye en la Estrategia.

Fuente: Adaptado de Study on mapping and evaluating the implementation of the Europe's Beating Cancer Plan (pendiente de publicación).

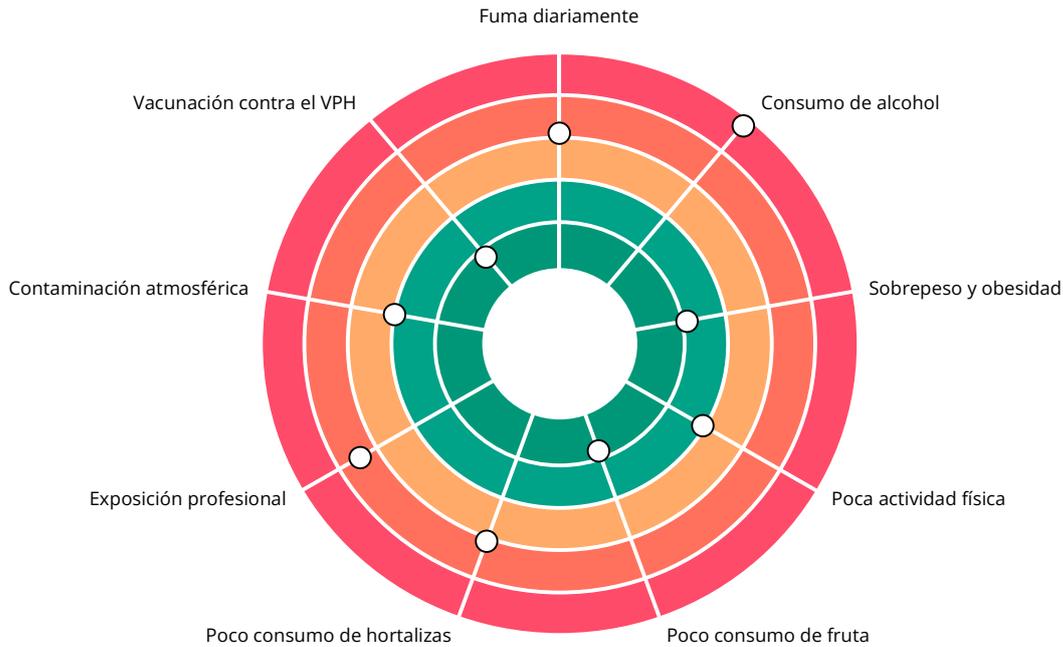
3. Factores de riesgo y políticas de prevención

España presenta resultados desiguales en cuanto a los factores de riesgo de cáncer

España presenta mejores resultados que la mayoría de países de la UE respecto a algunos factores de riesgo por conducta modificable entre los adultos, como el consumo de fruta y el sobrepeso y la obesidad. Las tasas de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) entre las mujeres también son de las más altas de la UE. Sin embargo, España tiene dificultades

con factores de riesgo por conducta persistente, como el tabaquismo, el consumo de alcohol y el bajo consumo de hortalizas. Además, España se posiciona por detrás de muchos países de la UE en cuanto a la exposición profesional a carcinógenos (Gráfico 8). En general, el porcentaje de gasto del país en prevención es relativamente bajo en proporción al total del gasto en sanidad, ya que en 2021 representó el 3,6 % frente a la media de la UE de 6,1 %.

Gráfico 8. El tabaquismo, el consumo de alcohol, el bajo consumo de hortalizas y los riesgos en el ámbito laboral constituyen importantes factores de riesgo de cáncer en España



Notas: Cuanto más cerca del centro está el punto, mejor comportamiento 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. La contaminación atmosférica se mide por las partículas finas de un diámetro inferior a 2,5 micrómetros (PM_{2,5}). Fuentes: Cálculos de la OCDE basados en la encuesta para las estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida (EU-SILC) de 2022 sobre el sobrepeso, la obesidad, la actividad física, el consumo de fruta y hortalizas (en adultos); encuesta de Eurofound sobre la exposición profesional; estadísticas sobre salud de la OCDE en relación con el tabaquismo, el consumo de alcohol (en adultos) y la contaminación atmosférica; y la OMS para la vacunación contra el VPH (niñas de quince años).

El consumo diario de tabaco es ligeramente más habitual en España que en muchos otros países de la UE

En 2020, el porcentaje de mujeres españolas que fumaban a diario era del 17 % (frente a la media de las mujeres de la UE, del 15 %), y en el caso de los hombres españoles ascendía al 23 % (similar al porcentaje de la UE). Las tasas de tabaquismo más elevadas se registraban en los hombres de entre veinticinco y treinta y cuatro años y en las mujeres de entre cuarenta y cinco y cincuenta y cuatro años. El tabaquismo era más prevalente entre las personas de veinticinco a sesenta y cuatro años: el 30 % de los hombres y el 20 % de las mujeres fumaban a diario. Las tasas de vapeo entre los mayores de quince años son ligeramente inferiores a la media de la UE, ya que en España se situaban en el 2 % en 2022 frente al 3 % de la UE.

España ha reforzado las medidas contra el tabaquismo para reducir el consumo de tabaco y la exposición al mismo

España aprobó una actualización de su Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo en 2024, con el fin de reducir la prevalencia del consumo de tabaco y productos relacionados, así como sus emisiones al medio ambiente. Esta

nueva política pretende ampliar los espacios libres de humo, aumentar los impuestos al tabaco y equiparar la regulación de los cigarrillos electrónicos a la de los productos de tabaco tradicional para frenar la iniciación al tabaquismo, contribuir a su abandono y reducir la exposición pública al tabaco. El Plan también contempla el empaquetado neutro de los productos de tabaco que, junto con otras medidas, ha demostrado su eficacia a la hora de reducir el atractivo del tabaco.

El consumo de alcohol sigue siendo elevado, lo que brinda una oportunidad para mejorar las medidas de prevención

En la última década, el consumo de alcohol en España ha aumentado de 9 litros por persona entre la población mayor de quince años en 2012 a unos 12 litros en 2022. Esta cifra es bastante superior a la de la media de la UE, de 10 litros por persona. En 2020, las tasas de incidencia de cáncer asociadas al alcohol en los hombres españoles eran superiores a las medias de la UE en lo que respecta al cáncer colorrectal (8 por cada 100 000 en España frente a 7 por cada 100 000 en la UE) y al cáncer de hígado (3 por cada 100 000 en España frente a 2 por cada 100 000 en la UE).

Entre las medidas para reducir el consumo de alcohol se incluye el aumento de los impuestos especiales a las bebidas alcohólicas. Sin embargo, estos impuestos están sujetos a regulaciones especiales en España, por ejemplo, el vino es objeto de un impuesto especial, pero el tipo impositivo es cero, mientras que a la cerveza se le aplican tipos impositivos bastante bajos. En general, España presenta una de las cargas fiscales más bajas sobre las bebidas alcohólicas entre sus países vecinos. Hay bastante margen para subir los impuestos como prioridad para reducir el consumo de alcohol y los riesgos de cáncer asociados.

La actividad física y los hábitos alimentarios muestran diferencias educativas

En 2022, el 64 % de las mujeres y el 60 % de los hombres afirmaron realizar actividad física menos de tres veces a la semana; ambos porcentajes se sitúan por debajo de las medias de la UE, de 70 % entre las mujeres y 69 % entre los hombres. Las tasas de actividad física en España denotan diferencias educativas significativas: las personas con niveles educativos inferiores notificaron niveles de actividad física más bajos. En 2022, alrededor de tres de cada diez mujeres (29 %) y más de uno de cada tres hombres (36 %) consumían menos de una ración de fruta al día. Además, el 49 % de los adultos españoles declaró consumir pocas hortalizas; los porcentajes eran superiores en el caso de los hombres respecto a las mujeres y entre las personas con menor nivel educativo. Desde

2017, la prevalencia del bajo consumo de hortalizas ha aumentado un 16 % en general, y aún más (29 %) en las mujeres con mayores niveles educativos.

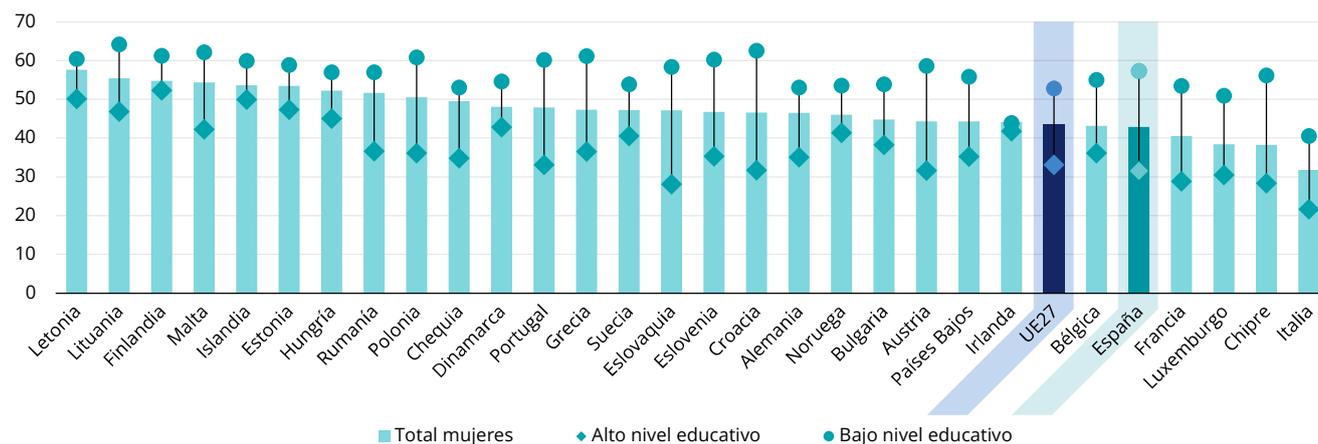
La brecha educativa en las tasas de sobrepeso y obesidad sigue siendo significativa, sobre todo entre las mujeres

La prevalencia del sobrepeso en España se mantuvo bastante estable entre 2017 y 2022, y se estimó que solo un poco más de la mitad de la población (51 %) tenía sobrepeso o era obesa. Las tasas de sobrepeso eran mucho más elevadas entre los hombres (60 %) que entre las mujeres (43 %). Además, el porcentaje de hombres y mujeres con obesidad aumentó durante ese período.

En 2022, más de una cuarta parte (32 %) de las mujeres españolas con niveles educativos altos tenía sobrepeso o era obesa, en comparación con las mujeres con niveles educativos bajos, entre las que eran más de la mitad (57 %). El Gráfico 9 muestra que la brecha educativa en las mujeres (26 puntos porcentuales) era superior a la media de la UE (20 puntos porcentuales). Sin embargo, desde 2017 esta brecha se ha reducido y se observa una disminución del 16 %. En el caso de los hombres, las desigualdades educativas en las tasas de sobrepeso y obesidad son menores. Alrededor del 55 % de los hombres con niveles educativos altos tiene sobrepeso o es obeso, mientras que el porcentaje en los hombres con niveles educativos bajos es del 66 %.

Gráfico 9. La brecha educativa en lo que se refiere al sobrepeso y la obesidad es significativa entre las mujeres

% de mujeres de 18 años o más con sobrepeso (incluida la obesidad), 2022



Nota: Se consideran con sobrepeso (incluida la obesidad) las mujeres con un índice de masa corporal superior a 25.
Fuente: Base de datos de Eurostat.

España ha avanzado en la buena dirección respecto al aumento de las tasas de vacunación contra el VPH y a la reducción de la contaminación atmosférica

La vacunación contra el VPH en España está dirigida tanto a niños como a niñas de entre once y doce años, y también se ofrece a través de programas escolares. En 2023, las tasas de vacunación contra el VPH entre las niñas españolas de quince años fueron del 85 %, uno de los porcentajes más elevados de la UE. Esto supone un aumento considerable respecto a las tasas de vacunación de 2012, que se situaban en el 61 %. No obstante, en el marco del programa español de vacunación contra el VPH, en 2023 solo el 31 % de los niños varones recibió todas las dosis recomendadas de su vacuna (frente al 51 % de la media de la UE).

A lo largo de la última década, también se ha observado en España un notable avance en la reducción de la contaminación atmosférica asociada a las PM_{2,5}. Desde 2010, la exposición de la población a la contaminación atmosférica ha disminuido alrededor de un 22 %. En 2020, los niveles de PM_{2,5} en España se situaban a 10 µg/m³, por debajo de la media de la UE, de 12 µg/m³. A pesar de estos avances, en 2020, una media de 30 personas por cada 100 000 habitantes en España murieron de forma prematura debido a la exposición a las PM_{2,5} (AEMA, 2024). El Gobierno de España está tomando medidas para adoptar políticas coordinadas y más estrictas a fin de abordar la contaminación atmosférica y sus consecuencias negativas para la salud (Recuadro 2).

Recuadro 2. La Comisión Europea está coordinando políticas más estrictas para controlar la contaminación atmosférica

En mayo de 2021, la Comisión Europea adoptó el Plan de Acción de la UE: «Contaminación cero para el aire, el agua y el suelo». Esta iniciativa, en consonancia con el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, tiene por objeto mejorar la salud pública ajustando las normas de calidad del aire a las recomendaciones de la OMS. Incluye medidas más estrictas para abordar la contaminación procedente de los sectores de la agricultura, la industria, el transporte y la energía, y promueve la actualización de los programas nacionales relativos a la contaminación atmosférica. En España, el Consejo de Ministros aprobó una revisión del Programa Nacional de Control de la Contaminación Atmosférica 2023-2027 en enero de 2024. Esta revisión establece medidas específicas y transversales para cumplir las políticas nacionales de calidad del aire, en coordinación con las estrategias en materia de clima y energía.

Los avances desiguales en relación con los factores de riesgo de los adolescentes en España ponen de relieve la necesidad de formular políticas específicas

Los adolescentes son un grupo especialmente importante, ya que la exposición temprana a factores de riesgo ambientales y por comportamiento está vinculada a una mayor probabilidad de comportamientos de riesgo en la edad adulta. Cabe señalar que cada vez hay más evidencia señalando que las políticas de prevención son más eficaces cuando se aplican entre las poblaciones más jóvenes.

España muestra resultados relativamente mejores que la media de la UE en algunos factores de riesgo. En 2022, el 16 % de los adolescentes había fumado al menos una vez en los últimos treinta días. Este porcentaje es inferior a la media de la UE del 17 %, sin embargo, en lugar de mejorar, se ha mantenido estable desde 2014. Alrededor del 13 % de los

jóvenes de quince años en España declaró haber usado un cigarrillo electrónico en los treinta días anteriores, un porcentaje bastante inferior al 21 % de la UE. Además, la tasa de aquellos que dedican a la actividad física una hora diaria (16 %) sigue siendo un poco superior a la media de la UE (15 %), aunque ha bajado del 20 % que se registró en 2014.

Desde 2014, el porcentaje de jóvenes de quince años que declaran haber estado ebrios más de una vez a lo largo de su vida ha aumentado en 3 puntos porcentuales, hasta el 24 %, lo cual supera la media de la UE del 23 % (Gráfico 10). Aunque el consumo diario de hortalizas se mantiene por debajo de la media de la UE, aumentó mucho más rápido en España (12 puntos porcentuales entre 2014 y 2022) en comparación con la UE (3 puntos porcentuales). En 2022, el consumo diario de fruta en España, que se situaba en el 32 % entre los adolescentes, era ligeramente superior a la media de la UE (30 %).

Gráfico 10. En España, las tasas de embriaguez entre los adolescentes son cada vez mayores



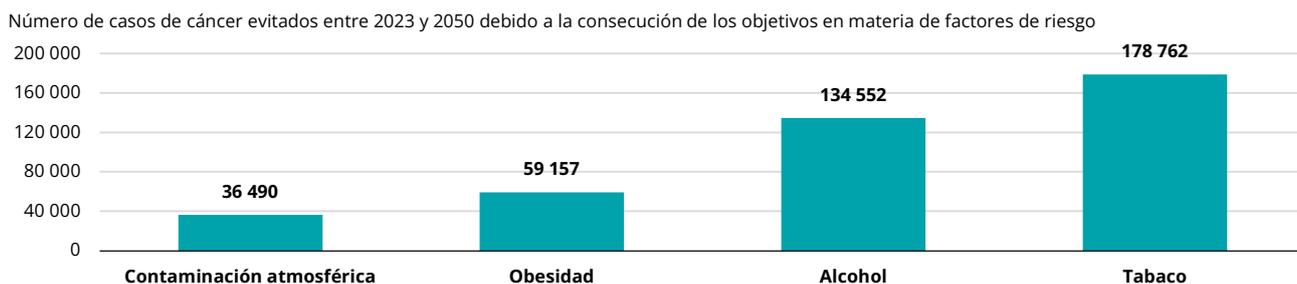
Notas: La media de la UE no es ponderada. Los datos corresponden a 2022 y están basados en niños de 15 años. Fuente: Health Behaviour in School-aged Children Survey (Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados).

La consecución de objetivos de reducción de los factores de riesgo podría reducir la mortalidad por cáncer en España

Según los modelos de Planificación Estratégica de la Salud Oública (SPHeP, por sus siglas en inglés) de la OCDE, la consecución de los objetivos relacionados con el tabaco podría prevenir 178 762 nuevos casos

de cáncer en España entre 2023 y 2050 (Gráfico 11). Del mismo modo, el logro de los objetivos relacionados con el alcohol podría prevenir 134 552 nuevos casos de cáncer durante el mismo período. Cumpliendo los objetivos de contaminación, podrían evitarse otros 36 490 casos y alcanzando los objetivos sobre obesidad, 59 157.

Gráfico 11. La adopción de políticas de prevención eficaces podría tener un efecto sustancial en la reducción de los casos de cáncer



Notas: El objetivo para el tabaco es reducir un 30 % el consumo de tabaco entre 2010 y 2025, y conseguir que menos del 5 % de la población consuma tabaco de aquí a 2040. En el caso del alcohol, el objetivo es reducir al menos un 20 % el consumo total de alcohol y un 20 % el consumo excesivo de alcohol entre 2010 y 2030. En lo que respecta a la contaminación atmosférica, se aspira a limitar el nivel medio anual de PM_{2.5} a 10 µg/m³ de aquí a 2030 y a 5 µg/m³ de aquí a 2050. En cuanto a la obesidad, el objetivo consiste en reducir el nivel de obesidad de 2010 a más tardar en 2025. Fuente: OCDE (2024), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

El gasto en asistencia sanitaria preventiva en España sigue siendo inferior al de la UE

El gasto sanitario en España alcanzó niveles históricos tras la pandemia de COVID-19, y llegó a representar el 10 % del PIB en 2022. Sin embargo, el gasto relacionado con la asistencia sanitaria preventiva⁵ es limitado, ya que solo representó el 4 % del gasto sanitario total en 2022. El análisis previo a la pandemia del gasto público en prevención y salud pública por comunidad autónoma revela importantes variaciones en el gasto, que no están directamente relacionadas con

el gasto sanitario total o los niveles de ingresos. Esto apunta a diferentes prioridades de políticas públicas a nivel de comunidades (Trapero-Bertran y Lobo, 2020).

⁵ Los gastos de prevención que figuran en las cuentas de salud deben incluir actividades ajenas a los programas nacionales (por ejemplo, cribado oportunista del cáncer o asesoramiento para dejar de fumar durante una consulta rutinaria al médico), aunque en la práctica los países pueden tener dificultades para determinar el gasto en prevención fuera de dichos programas.

4. Detección precoz

Los programas de cribado poblacional mejoran la detección precoz del cáncer

Los programas de cribado disminuyen de manera significativa la morbilidad y la mortalidad del cáncer al facilitar la detección precoz. La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud español se ajusta a las recomendaciones de la UE, e incorpora programas de cribado poblacional del cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino y el cáncer colorrectal. Sin embargo, su aplicación varía según las comunidades autónomas, lo que da lugar a diferencias de cobertura y participación.

El cribado del cáncer de mama está a disposición de todas las mujeres que cumplen los requisitos en España

Desde su creación en 1990, el Programa de cribado de cáncer de mama del Ministerio de Sanidad ha proporcionado mamografías cada dos años a las mujeres de entre cincuenta y sesenta y nueve años. En la actualidad, este programa abarca de manera satisfactoria a toda la población objetivo, y garantiza un cribado periódico de todas las mujeres que cumplen los requisitos.

La aplicación de programas de cribado del cáncer colorrectal varía entre comunidades autónomas

En 2014, el Programa de cribado de cáncer colorrectal se integró en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, con el mandato de que todas las comunidades autónomas iniciaran su aplicación en un plazo de cinco años. Si bien todas las comunidades autónomas empezaron a aplicarlo, se siguen observando diferencias en las tasas de participación (que oscilan entre el 19 % y el 74 % entre comunidades). En la mayoría de las comunidades autónomas, la población que cumple los requisitos está compuesta por hombres y mujeres de entre cincuenta y sesenta y nueve años. Sin embargo, en Extremadura, la edad objetivo es de los cincuenta y cinco a los sesenta y nueve años, y en Aragón y Ceuta, de los sesenta a los sesenta y nueve años. Una encuesta realizada por la Asociación Española Contra el Cáncer revela distintos niveles de conocimiento de los programas de cribado de cáncer colorrectal en toda España: en las islas Baleares, Ceuta y Canarias se registran los niveles más bajos de conocimiento (Fernández Sánchez et al., 2023).

El programa de cribado de cáncer de cuello uterino se amplió con una perspectiva poblacional

En 2019, el cribado del cáncer de cuello uterino en España pasó de una perspectiva oportunista a convertirse en un programa poblacional. Actualmente, el programa forma parte de los servicios que ofrece el Sistema Nacional de Salud e incluye pruebas de VPH para mujeres de entre veinticinco y sesenta y cinco años. Las comunidades autónomas disponen de diez años para lograr una cobertura casi total, y mejorar las medidas de detección precoz y prevención a escala nacional.

Las tasas de participación en el cribado del cáncer de mama y del cáncer de cuello uterino se han mantenido estables durante la última década

En 2020, más del 74 % de las mujeres españolas de entre cincuenta y sesenta y nueve años declararon participar en programas de cribado del cáncer de mama. Esta tasa de participación, aunque está ligeramente por debajo del objetivo del 75 %, sigue superando el umbral aceptable del 70 % de las mujeres que cumplen los requisitos. A pesar de la disminución del 9 % de la participación en el cribado del cáncer de mama entre 2017 y 2020, la tasa se ha mantenido estable desde 2009. Del mismo modo, en 2020, el 68 % de la población que cumplía los requisitos participó en el cribado del cáncer de cuello uterino, un porcentaje que se ha mantenido prácticamente igual desde 2009. Algunas comunidades autónomas, como Cataluña y Murcia, han realizado ensayos utilizando dispositivos de automuestreo para aumentar la participación en el cribado del cáncer de cuello uterino, una estrategia que ha mostrado altas tasas de aceptación por parte de las participantes (Recuadro 3).

Recuadro 3. El automuestreo para detectar el virus del papiloma humano puede impulsar la participación en el cribado del cáncer de cuello uterino

La aplicación del automuestreo para detectar el VPH como parte de los programas de cribado del cáncer de cuello uterino tiene por objeto superar barreras como la incomodidad con las muestras recogidas por profesionales sanitarios, las limitaciones de tiempo y la inaccesibilidad geográfica de las instalaciones sanitarias. Los estudios realizados entre algunas poblaciones inmigrantes de diversas comunidades y provincias, en particular Granada y Cataluña, han demostrado que los dispositivos de automuestreo tienen altos niveles de aceptabilidad y pueden incrementar las tasas de participación de las mujeres. Estas políticas innovadoras aprovechan la comodidad y la privacidad de la autorrecolección, y facilitan la participación de las mujeres en programas de cribado periódicos (López Castro et al., 2024; Lurgain et al., 2024).

Los estudios iniciales indican que las mujeres consideran que los dispositivos de automuestreo son fáciles de utilizar y los prefieren al muestreo realizado por el personal médico. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en Valencia reveló que el 87 % de las mujeres encuestadas prefería el automuestreo como método de cribado (Besó Delgado et al., 2021).

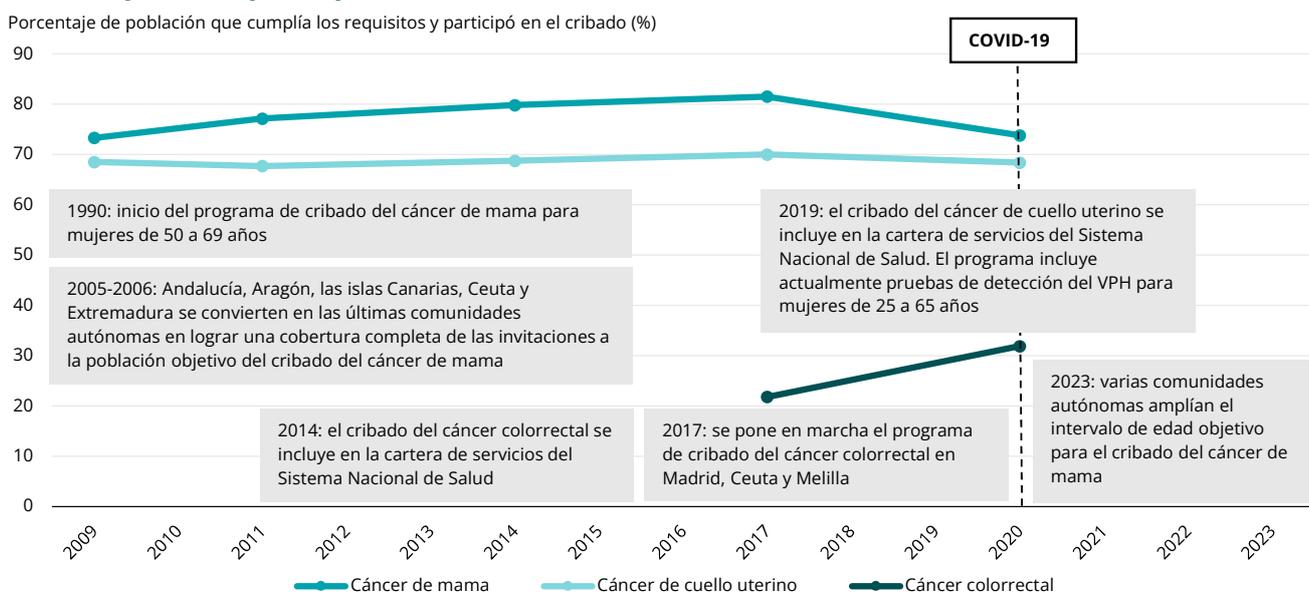
A pesar de su elevada aceptabilidad, el automuestreo se enfrenta a retos como el uso inadecuado de los dispositivos y una menor preferencia entre las mujeres con niveles educativos más bajos, lo que evidencia la necesidad de realizar campañas educativas específicas. Puede lograrse una mayor participación ofreciendo ayuda para hacer un uso adecuado de los dispositivos y proporcionando programas de concienciación eficaces. Estas medidas son fundamentales para garantizar un acceso equitativo al cribado del cáncer de cuello uterino entre los distintos grupos demográficos.

La participación en el cribado del cáncer colorrectal ha aumentado, pero sigue siendo baja

En 2020, el 32 % de la población que cumplía los requisitos en España participó en programas de cribado del cáncer colorrectal, lo que muestra un aumento significativo de 10 puntos porcentuales desde 2017 (Gráfico 12). A pesar de estos avances,

España sigue estando por debajo del nivel aceptable de participación del 45 % y dista mucho del objetivo ideal establecido en la última actualización de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud del 65 % de las poblaciones que cumplen los requisitos. Si bien la aplicación de los programas de cribado poblacional ha aumentado las tasas de participación, son necesarias más iniciativas para alcanzar los niveles de cribado recomendados.

Gráfico 12. La cobertura del cribado del cáncer colorrectal ha aumentado, pero está lejos de los niveles objetivo de participación



Notas: Los datos se refieren al cribado mediante mamografías en mujeres de entre cincuenta y sesenta y nueve años en los dos últimos años (según los datos de las encuestas), al cribado del cáncer de cuello uterino en mujeres de entre veinte y sesenta y nueve años en los últimos tres años (según los datos de las encuestas) y al cribado del cáncer colorrectal en personas de entre cincuenta y sesenta y nueve años en los dos últimos años (según los datos de las encuestas).

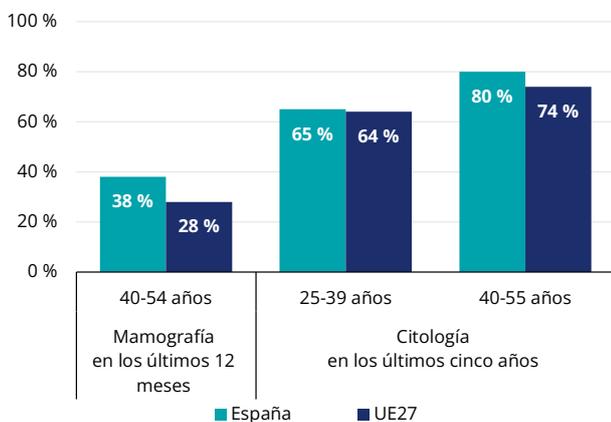
Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2024.

Las personas LGBTIQ en España participan más en el cribado del cáncer de mama que sus homólogas de la UE

Según la tercera encuesta sobre las personas LGBTIQ de la UE, la participación en el cribado del cáncer entre las personas LGBTIQ pertinentes es mayor en España que en otros países de la UE (Gráfico 13). En el caso del cribado del cáncer de mama en España, el 38 % de las mujeres cisgénero, las mujeres transgénero y las personas intersexuales LGBTIQ de entre cuarenta y cincuenta y cuatro años declaró haberse hecho una mamografía en los doce meses anteriores, un porcentaje muy superior a la media de la UE, del 28 %. En cuanto al cribado del cáncer de cuello uterino en España, el 65 % de la población LGBTIQ pertinente de entre veinticinco y treinta y nueve años declaró haberse hecho una citología en los cinco años anteriores (ligeramente superior al 64 % de la UE), mientras que este porcentaje ascendía al 80 % en las personas de entre cuarenta y cinco años (superior al 74 % de la UE). Estas cifras se ajustan a las tasas relativamente elevadas de cribado del cáncer de mama y de cuello uterino observadas en España en la población general en comparación con la UE.

Gráfico 13. Entre las personas LGBTIQ en España, las tasas de cribado son superiores a la media de la UE

Porcentaje de personas LGBTIQ que han participado en el cribado de cáncer de mama o de cuello uterino (%)



Nota: Los resultados de la encuesta con personas LGBTIQ corresponden a grupos de edad o intervalos de cribado que no coinciden con el enfoque de cribado de la población de los países de la UE, y no deben compararse.

Fuente: Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (tercera encuesta con personas LGBTIQ de la UE).

La ampliación de las iniciativas de cribado mejora la detección del cáncer de mama en España

En 2020, la participación en el cribado del cáncer de mama de las mujeres de entre cincuenta y sesenta y nueve años en España estuvo en el rango de entre el 65 y el 88 % en las distintas comunidades autónomas, y la mayoría superó el nivel deseable del 75 % recomendado por las directrices europeas para la garantía de calidad en el cribado del cáncer de mama. La UE recomienda ampliar el cribado a las mujeres de cuarenta y cinco a cuarenta y nueve años y de setenta a setenta y cuatro años, a raíz de los resultados preliminares de su eficacia en la reducción de la mortalidad. Aunque se necesitan pruebas concluyentes, algunas comunidades autónomas ya han ampliado sus programas. La Sociedad Española de Oncología Médica señala que Navarra, la Comunidad Valenciana, La Rioja, Castilla-La Mancha y Castilla y León incluyen ahora a mujeres de entre cuarenta y cinco y cuarenta y nueve años, mientras que Galicia y Murcia han ampliado la cobertura hasta los setenta y cuatro años. Andalucía también está ampliando su programa para incluir a las mujeres de cuarenta y siete a setenta y un años.

La divulgación y las invitaciones pueden ayudar a aumentar las tasas de realización de mamografías

La bibliografía sobre España y de otros países concluye que algunos grupos tienen menos probabilidades de realizarse mamografías cada dos años. Entre estos grupos figuran las migrantes, las mujeres solteras y jóvenes y las que dependen de otras personas para recibir asistencia sanitaria. Del mismo modo, las mujeres con niveles educativos inferiores y las de los grupos socioeconómicos más bajos también tienen menos probabilidades de participar en la realización de mamografías periódicas. Entre los obstáculos para acceder a las mamografías figuran el miedo a un diagnóstico positivo, la falta de síntomas alarmantes, el sentimiento de vulnerabilidad durante el cribado y las barreras administrativas. Según Carmona-Torres et al. (2017), se produjo un aumento general de la participación en el cribado del cáncer de mama en España entre 2006 y 2014. Su estudio señala un cambio en los motivos alegados para asistir a las pruebas de cribado, con un menor número de mujeres que menciona síntomas o complicaciones de salud como motivo para participar y más mujeres que responden a las invitaciones directas en persona en los centros sanitarios o a través de llamadas telefónicas y cartas.

5. Funcionamiento de la atención oncológica

5.1. Accesibilidad

España garantiza la cobertura sanitaria universal en el marco de un sistema descentralizado coordinado a nivel nacional

El Sistema Nacional de Salud español hace hincapié en la universalidad, y garantiza que todos los residentes, independientemente de su estatuto de residente, tengan acceso a una amplia gama de servicios sanitarios, entre ellos la atención oncológica. El sistema está descentralizado: el Ministerio de Sanidad es responsable de la planificación y regulación a escala nacional, mientras que las autoridades sanitarias autonómicas gestionan los aspectos prácticos. A pesar de la cobertura universal del sistema, existen notables disparidades entre comunidades autónomas en la disponibilidad de recursos para la atención oncológica, en particular en lo que respecta al personal sanitario, los equipos y los medicamentos oncológicos, lo que puede obstaculizar el acceso a una asistencia sanitaria oportuna y adecuada.

Se han emprendido iniciativas para promover la igualdad de acceso a una atención oncológica de calidad. La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud de España, actualizada en 2021, subraya la importancia de los equipos multidisciplinares y los centros oncológicos integrales para mejorar el diagnóstico y el tratamiento. La reorganización de los hospitales terciarios sigue planteando dificultades para concentrar personal especializado, esencial para mejorar los resultados y garantizar un acceso equitativo a una asistencia de alta calidad en todo el país (véase la sección 5.2). Otros desafíos estructurales para el acceso consisten en abordar la escasez de personal y mejorar la disponibilidad de la telemedicina para la atención de seguimiento.

España cuenta con más médicos pero menos enfermeros que la mayoría de los países de la UE. En 2022, España tenía 773 médicos por cada 1 000

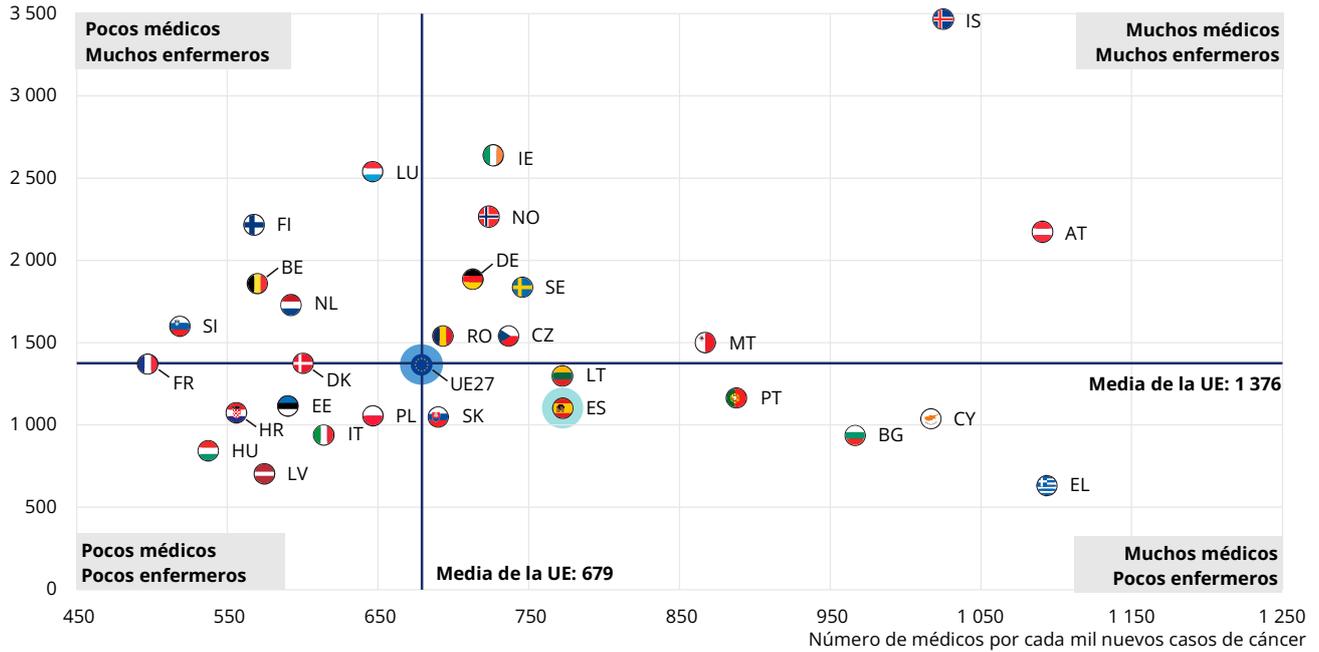
nuevos casos de cáncer, una cifra que supera la media no ponderada de la UE de 679 por 1 000. Por el contrario, España cuenta con un número bastante bajo de enfermeros por caso de cáncer, 1 106 enfermeros por cada 1 000 nuevos casos, frente a la media de la UE de 1 376 por cada 1 000 (Gráfico 14).

La falta de reconocimiento y las deficiencias en materia de seguridad en el trabajo dificultan los cuidados de enfermería oncológica en España

El índice sobre cuidados de enfermería oncológica de la Sociedad Europea de Enfermería Oncológica destaca los avances y la situación de la enfermería oncológica en Europa (EONS, 2024). España se sitúa por detrás de muchos de sus homólogos económicos en varias dimensiones de dicho índice, sobre todo en lo que respecta al personal, la seguridad en el trabajo y el reconocimiento profesional. La baja puntuación en el ámbito de la seguridad en el trabajo está relacionada con la ausencia de directrices específicas para la manipulación de fármacos citotóxicos y radiactivos durante el embarazo y la lactancia, la falta de pruebas sistemáticas de riesgos laborales y la insuficiente formación formal antes de administrar fármacos citotóxicos. En cuanto al reconocimiento, la enfermería oncológica carece de acreditación formal en el sistema educativo español. Por consiguiente, la enfermería oncológica no está incluida en la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, y las juntas de los centros oncológicos no cuentan con puestos reservados para personal de enfermería oncológica. Si bien la formación especializada está disponible a través de programas de máster, la mayor parte del personal de enfermería que trabaja en oncología procede del grupo de enfermeros sin especialización. Esta dependencia puede dar lugar a posibles problemas asistenciales, sobre todo durante los períodos de vacaciones, en los que los enfermeros con menos experiencia pueden sustituir a sus compañeros más experimentados.

Gráfico 14. El número de médicos por cada 1 000 nuevos casos de cáncer es elevado en España, pero el número de enfermeros sigue siendo bajo

Número de enfermeros por cada mil nuevos casos de cáncer



Notas: Los datos sobre el personal de enfermería abarcan todas las categorías de esta profesión (no solo aquellos que cumplen la Directiva de la UE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales). Los datos hacen referencia al personal de enfermería en ejercicio, excepto en el caso de Portugal y Eslovaquia, que se refieren al personal de enfermería en activo a nivel profesional. En Grecia, el cálculo del número de enfermeros es excesivamente bajo, ya que solo incluye a los que trabajan en hospitales. En Portugal y Grecia, los datos corresponden a todos los médicos habilitados para ejercer, lo que da lugar a una gran sobrestimación del número de médicos en ejercicio. La media de la UE no es ponderada.

Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2024. Los datos corresponden a 2022 o al último año disponible.

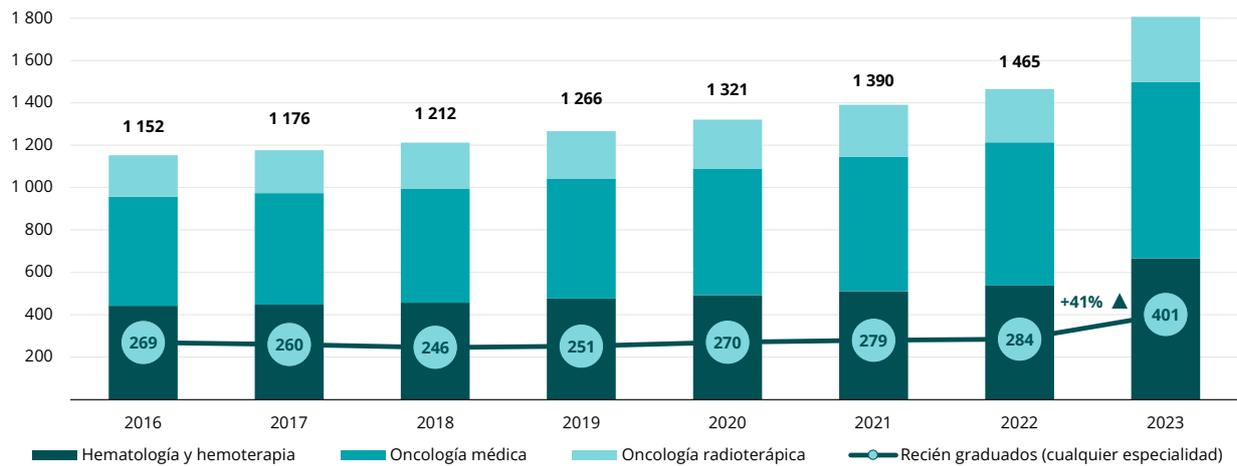
Los problemas en materia de contratación y retención ponen de relieve la necesidad de mejorar la planificación del personal en el sector oncológico en España

Para garantizar el acceso a la atención oncológica es fundamental contar con personal oncológico, pero España, al igual que otros países de la UE, se enfrenta a desafíos importantes a la hora de contratar, formar y retener a médicos especializados en atención oncológica. Desde que la oncología fue reconocida como especialidad médica en 1978, el número de puestos para residentes ha aumentado. En 2023 había 726 radiooncólogos, junto con 2 030 hematólogos, aunque no se dispone de datos sobre cuántos de ellos practican o realizan tareas oncológicas. Además, se calcula que hay 1 918 médicos oncólogos en el país según el número de miembros de la Sociedad Española de Oncología Médica.

El Gráfico 15 muestra que el número de especialistas recién graduados en hematología, oncología y oncología radioterápica se mantuvo estable, con una media de 266 especialistas entre 2016 y 2022, pero esta cifra ascendió a 401 en 2 023, lo que supone un aumento del 40 %. Además, entre 2016 y 2023 se produjo un incremento de casi un 57 % de médicos recién matriculados en especialidades o subespecialidades oncológicas. A pesar de este crecimiento, España sigue enfrentándose a una escasez de oncólogos en comparación con los países vecinos. Los estudios sobre situación profesional realizados por la Sociedad Española de Oncología Médica señalan que las condiciones de trabajo podrían mejorarse. Una proporción importante de médicos oncólogos formados en España no se dedica a la asistencia clínica en el país (9 %), debido en gran medida a la considerable inestabilidad laboral, y solo un 15 % cuenta con un contrato indefinido. Muchos médicos oncólogos jóvenes han considerado trayectorias profesionales alternativas (65 %) o trabajar en el extranjero (52 %) (Martinez et al., 2023).

Gráfico 15. El aumento del número de oncólogos formados en España contribuye a satisfacer la creciente demanda de atención oncológica

Número de especialistas y médicos recién graduados, 2016-2023



Fuente: Adaptada del Ministerio de Sanidad, 2023.

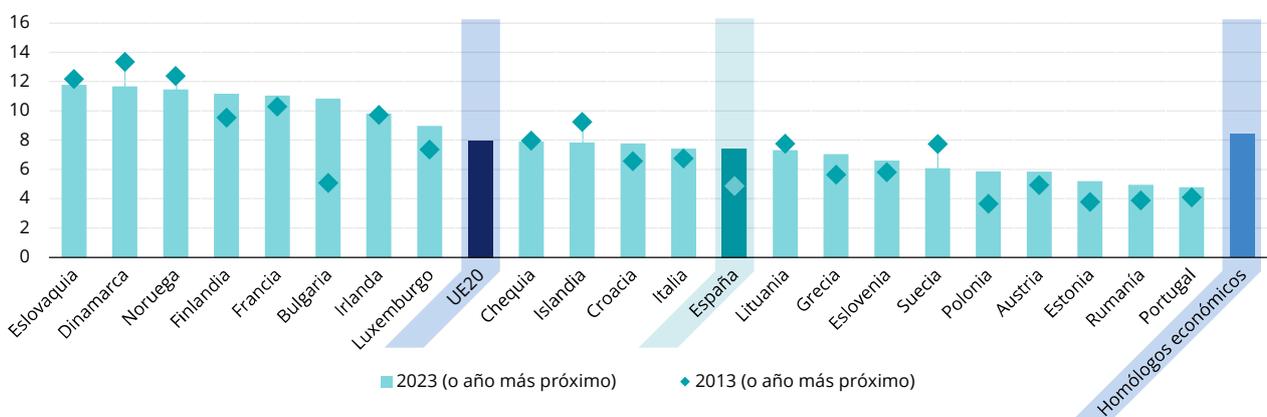
El incremento del número de equipos de radioterapia refleja una importante inversión en España en la última década

En España, el volumen de equipos de radioterapia en 2022 era de 7 por cada 1 000 000 habitantes, lo que es ligeramente inferior a la media de la UE (8

por cada 1 000 000) y un 12 % menor que la media de los homólogos económicos del país (8 por cada 1 000 000). Sin embargo, desde 2013 el volumen en España ha crecido de manera significativa, en un 52 %, lo que refleja la inversión pública y privada destinada al radiodiagnóstico y el tratamiento radioterápico contra el cáncer (Gráfico 16).

Gráfico 16. El volumen de equipos de radioterapia en España sigue siendo inferior a la media de sus homólogos económicos a pesar de las recientes inversiones

Volumen de equipos por cada 1 000 000 habitantes



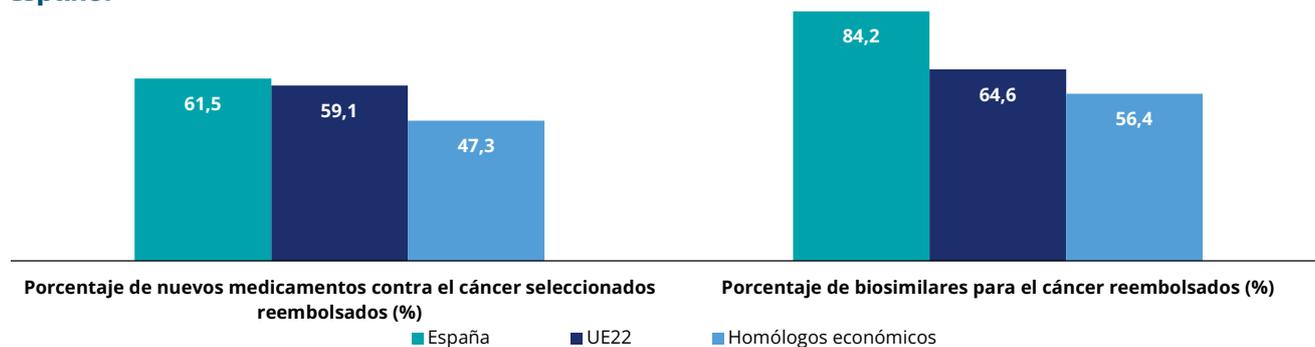
Notas: La gran mayoría de los equipos de radioterapia de los países de la UE se encuentran en hospitales. Los datos de Portugal y Francia solo incluyen equipos en hospitales, mientras que los datos de otros países se refieren a todos los equipos. Por homólogos económicos se entiende los grupos de los terciles según el PIB per cápita de 2022 en términos de estándar de poder adquisitivo. Los homólogos económicos de ES son CZ, FI, FR, IT, SI. La media de la UE no es ponderada. Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2024.

La cobertura pública en España para los medicamentos contra el cáncer y biosimilares es superior a la media de la UE

En una muestra seleccionada de medicamentos contra el cáncer con alto beneficio clínico, específicamente para el cáncer de mama y de pulmón, el 62 % de las indicaciones en España son reembolsadas por el Estado. Esta tasa es superior a la media de la UE, del 59 %, y supera la media del 47 % de los homólogos económicos del país.

Los mercados de genéricos y biosimilares brindan la oportunidad de aumentar la eficiencia del gasto farmacéutico. En España, el Estado reembolsa el 84 % de los biosimilares para el cáncer, un porcentaje bastante superior a la media de la UE, del 65 % (Gráfico 17). Esta cifra también es superior a la media de los homólogos económicos de España, del 56 %.

Gráfico 17. La mayoría de los biosimilares para el cáncer están cubiertos por el sistema público español



Notas: El análisis incluye una muestra de trece indicaciones de diez nuevos medicamentos contra el cáncer de mama y de pulmón con un alto beneficio clínico y diecinueve biosimilares de tres medicamentos contra el cáncer (bevacizumab, rituximab, trastuzumab), con autorización de comercialización vigente de la Agencia Europea de Medicamentos desde el 26 de marzo de 2023. Los datos representan el porcentaje de indicaciones o biosimilares que figuraban en la lista de medicamentos reembolsados por el Estado a 1 de abril de 2023. por homólogos económicos se entiende los grupos de los terciles según el PIB per cápita de 2022 en términos de estándar de poder adquisitivo. Los homólogos económicos de ES son CY, CZ, ES, FR, LT, MT y SI. La media de la UE no es ponderada. Fuente: Hofmarcher, Berchet y Dedet (2024), Access to oncology medicines in EU and OECD countries, n.º 170, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

5.2. Calidad

El cáncer es responsable de una reducción significativa de los años potenciales de vida en España

En lugar de los datos de supervivencia, los años potenciales de vida perdidos son una medida complementaria interesante de las consecuencias de los diferentes tipos de cáncer en la sociedad, ya que esta medida da mayor peso a las muertes por cáncer de las personas más jóvenes. El análisis de la evolución de los años potenciales de vida perdidos a lo largo del tiempo de diversos tipos de cáncer puede señalar mejoras en los sistemas de atención oncológica a través de la reducción de la mortalidad prematura. En 2021, la tasa de años potenciales de vida perdidos debido al cáncer en España fue de 1 166 por cada 100 000 habitantes, es decir, un 14 % por debajo de la media de la UE (1 355 por cada 100 000 habitantes). Este logro muestra avances significativos, ya que España ha reducido su tasa de años potenciales de vida perdidos en un 19 % desde 2012, una reducción similar a la media de la UE de 19 %.

Esta reducción global puede atribuirse principalmente a la disminución de los años potenciales de vida perdidos en tres tipos de cáncer (cáncer colorrectal, cáncer de pulmón, y cáncer de mama en mujeres), que representan la mayor incidencia de cáncer en España (Gráfico 18). Estos tres tipos presentan, por tanto, una oportunidad para mejorar potencialmente los resultados de mortalidad evitable mediante la inversión en políticas de prevención y detección precoz del cáncer. En particular, el cáncer de páncreas es el único que ha mostrado un aumento de los años

potenciales de vida perdidos en España, que han aumentado en un 1 % desde 2012.

El nuevo catálogo de biomarcadores podría mejorar el acceso a la medicina de precisión

La aprobación de un catálogo unificado de biomarcadores del cáncer por el Ministerio de Sanidad español representa un avance significativo para los pacientes, facilitando el acceso a la medicina de precisión y mejorando la precisión diagnóstica al garantizar que estas pruebas genéticas estén cubiertas por el Estado. La iniciativa tiene por objeto racionalizar y personalizar el tratamiento, en particular en los ámbitos de la oncología y las enfermedades raras. Sin embargo, es esencial disponer de más orientación normativa para salvaguardar el uso eficaz del catálogo y su aplicación equitativa en todo el Sistema Nacional de Salud. Por ejemplo, la especificación de una lista de centros acreditados en los que pueden desarrollarse estos procedimientos mejoraría la accesibilidad, y garantizaría que los pacientes pudieran beneficiarse de los tratamientos más novedosos.

La creación de centros oncológicos integrales brinda la oportunidad de concentrar la atención oncológica y mejorar la calidad

La Comisión Europea está desarrollando de forma activa su Red de Centros Oncológicos Integrales a través de los proyectos CRANE y EUNetCCG, destinados a mejorar la calidad y la accesibilidad de la atención oncológica en todos los países de la UE. Esta iniciativa tiene por objeto conectar centros oncológicos especializados y garantizar que el 90 % de los pacientes que cumplan los requisitos reciban asistencia en estos centros de aquí a 2030.

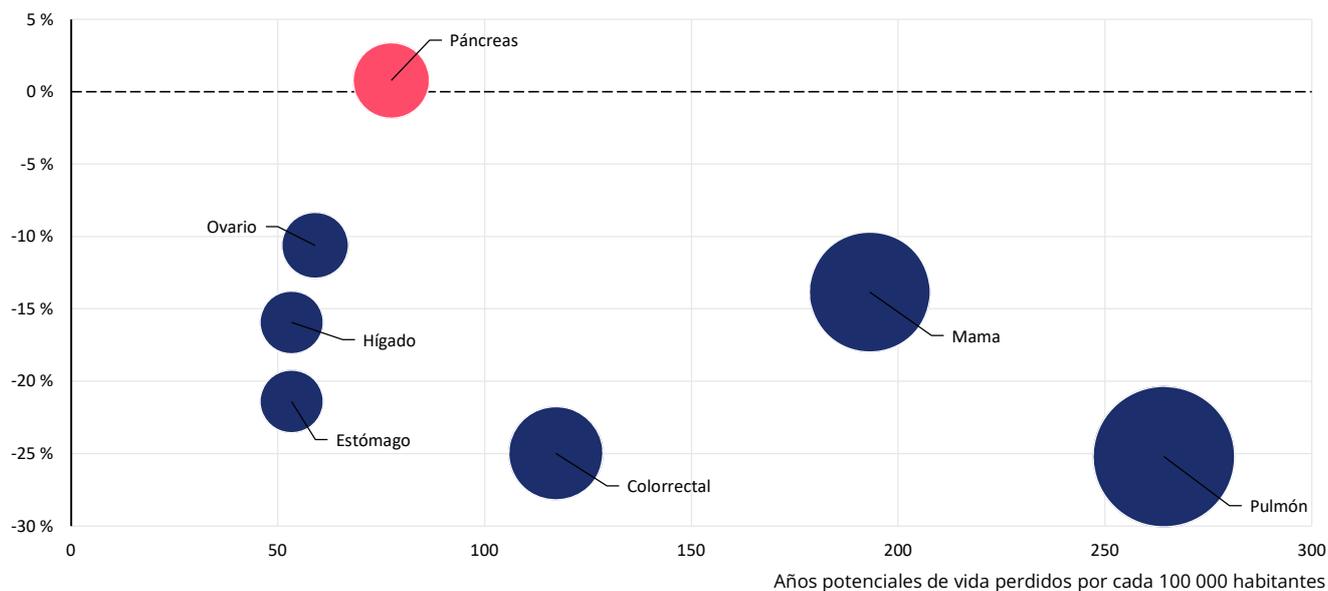
Al concentrar la atención oncológica en hospitales especializados de gran volumen, la Red pretende proporcionar un tratamiento multidisciplinar y de alta calidad y lograr mejores resultados para los pacientes.

En España, la creación de centros oncológicos integrales reorganizará en la práctica la atención oncológica, y potenciará tanto la calidad como la eficiencia. Esta estrategia pretende centralizar los procedimientos y mejorar los estándares de atención, la equidad en el acceso y los resultados

de los pacientes. El Ministerio de Sanidad se ha comprometido a garantizar la cobertura a nivel nacional para promover la equidad y la accesibilidad. En la fase inicial, se incluyó en la lista a diez centros para convertirlos en entidades afiliadas a la nueva Acción Conjunta EUnetCCC «Red Europea de Centros Oncológicos Integrales», con la posibilidad de que se adhieran más centros a medida que la Comisión Europea establezca el proceso de certificación, y permita la participación de otros centros.

Gráfico 18. El cáncer de pulmón sigue siendo la principal causa de años potenciales de vida perdidos en relación con el cáncer a pesar de los importantes avances realizados en la última década

Variación porcentual en años potenciales de vida perdidos 2012-2022 (o año disponible más próximo) (%)



Notas: La tasa de años potenciales de vida perdidos por cáncer de mama, de cuello uterino y de ovario se calcula únicamente en mujeres, mientras que la tasa de años potenciales de vida perdidos por cáncer de próstata se refiere a los hombres. Las burbujas rosas indican un aumento de la variación porcentual de años potenciales de vida perdidos durante el período 2012-2022 (o el último año disponible); las burbujas azules indican una disminución. El tamaño de las burbujas es proporcional a las tasas de años potenciales de vida perdidos en 2022.

Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2024.

La integración del apoyo psicosocial profesional en los protocolos asistenciales normalizados es heterogénea en España

La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, junto con planes autonómicos específicos, hace hincapié en la importancia del apoyo psicosocial profesional en la atención oncológica. Sin embargo, estas responsabilidades se transfieren con frecuencia a asociaciones de pacientes, entidades privadas y familias.

Una encuesta realizada por el Observatorio de Atención Psicosocial del Cáncer del Institut Català d'Oncologia, en coordinación con el Ministerio de Sanidad, se centró en hospitales terciarios de diversas comunidades autónomas para estudiar el desarrollo del apoyo psicosocial en la

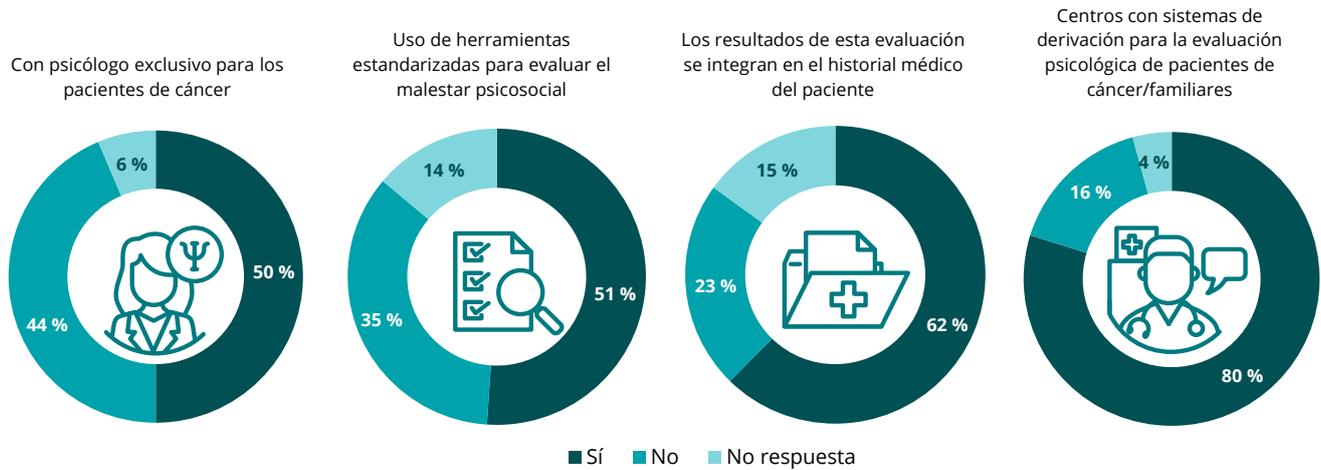
atención oncológica. La encuesta incluyó centros con unidades de oncología médica, oncología radioterápica y hematología clínica, y abarcó un total de noventa y cuatro hospitales de diferentes comunidades autónomas.

Las respuestas a la encuesta muestran que el 50 % de los hospitales que participaron cuenta con psicólogos clínicos dedicados exclusivamente a pacientes de cáncer (Gráfico 19). Además, el 51 % (48 de 94) declaró que utilizaba herramientas estandarizadas para evaluar el malestar psicosocial, de las cuales, las más utilizadas eran la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés), el termómetro de distrés y la Escala de Detección del Malestar Emocional. En el 62 % de los hospitales, los resultados de estas evaluaciones se integran en el historial

médico de los pacientes. Además, 75 hospitales declararon haber establecido vías de derivación para pacientes de cáncer o sus familiares para su posterior valoración cuando las evaluaciones

detectan un posible malestar psicosocial, siendo las más habituales la interconsulta (en 24 centros) y la derivación directa (en 19 centros).

Gráfico 19. Existen estrategias heterogéneas para la adopción del apoyo psicosocial profesional en la atención oncológica



Nota: Encuesta a noventa y cuatro hospitales terciarios en diversas comunidades autónomas de España. Fuente: Informe de Atención Psicológica en Cáncer (2023).

Una mayor integración de las experiencias de los pacientes en la planificación del cáncer podría mejorar la calidad percibida

La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud español acepta los puntos de vista de las asociaciones de pacientes, pero es necesario integrar en mayor medida las perspectivas de los pacientes en la planificación estratégica y los indicadores de evaluación. En la actualidad, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud no incluye las medidas relativas a las experiencias comunicadas por el paciente ni las basadas en los resultados notificados por el paciente. Sin embargo, la comunidad académica y los profesionales sanitarios han puesto en marcha iniciativas a escala autonómica relacionadas con la atención al cáncer de mama en España, como en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid y en los hospitales de Donostia y de Cruces del País Vasco. Estas iniciativas miden aspectos como la satisfacción con los senos tras la intervención mamaria, el funcionamiento emocional, el funcionamiento social, el estado de salud general y la imagen corporal. La incorporación sistemática de los resultados notificados por los pacientes en la atención oncológica en España proporcionaría información valiosa sobre la satisfacción de los pacientes y la eficacia de la asistencia.

5.3. Costes y rentabilidad

El coste de la atención oncológica y su rentabilidad son fundamentales para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, ya que afectan a la asignación de recursos, la accesibilidad y la calidad de la asistencia. Los elevados costes del tratamiento del cáncer pueden afectar a los presupuestos sanitarios, y limitar los fondos para otros servicios sanitarios esenciales. La eficiencia del gasto garantiza un uso eficaz de los recursos, mejora los resultados de los pacientes y mantiene el acceso equitativo a la asistencia sanitaria. Al optimizar el coste y el valor de los tratamientos contra el cáncer, los sistemas sanitarios pueden prestar una asistencia de alta calidad a una población más amplia sin poner en riesgo la estabilidad financiera.

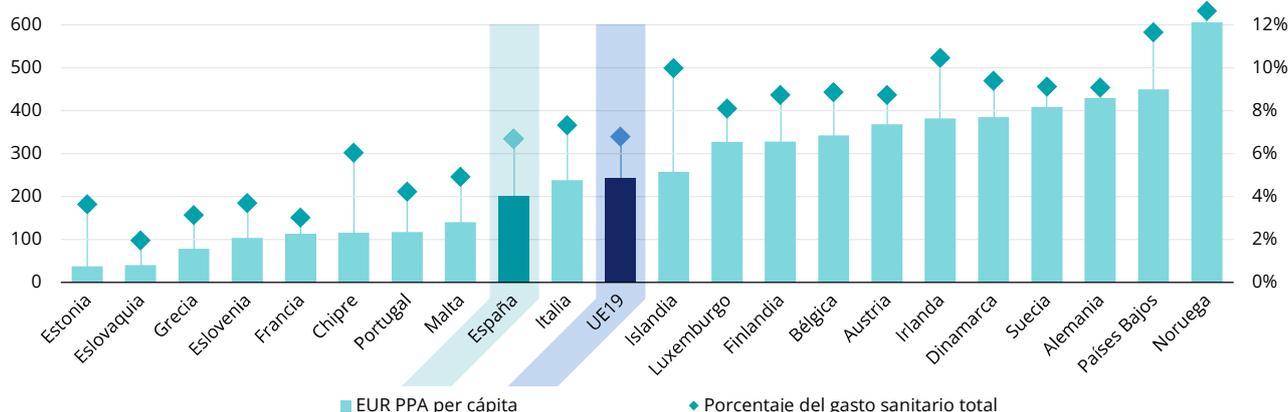
Entre 2023 y 2050, se espera que la incidencia del cáncer en el gasto sanitario en España se sitúe por debajo de la media de la UE

Según los modelos de SPHeP de la OCDE, entre 2023 y 2050 se estima que el gasto sanitario total en España será un 7 % superior debido a la incidencia del cáncer. Esto equivale a una media de 200 EUR por persona y año en términos de paridad del poder adquisitivo (PPA) (Gráfico 20), que se sitúa por debajo de la media de la EU-19 (242 EUR). En general, se prevé que el gasto sanitario per cápita en atención oncológica crezca un 82 % en España entre 2023 y 2050, frente al 59 % en la EU-27.

Gráfico 20. Se prevé que la incidencia del cáncer en el gasto sanitario en España sea ligeramente inferior a la media de la UE durante el período 2023-2050

Proyección de EUR PPA per cápita por año (promedio 2023-2050)

Proyección del porcentaje del gasto sanitario total por año (promedio 2023-2050)



Nota: La media de la UE no es ponderada.

Fuente: OCDE (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Se espera que la pérdida de mano de obra relacionada con el cáncer en España sea inferior a la media de la UE

Además, según los modelos de SPHeP de la OCDE, durante el período 2023-2050 se prevé, de media, una pérdida de 162 trabajadores equivalentes a jornada completa (EJC) por cada 100 000 personas en España debido a la necesidad de reducir el empleo por el cáncer, una cifra que es inferior a la media de la UE, de 178 EJC por cada 100 000 personas. Asimismo, se espera la pérdida adicional de 77 EJC por cada 100 000 personas durante el período 2023-2050, debido tanto al absentismo⁶, si bien esta cifra es algo inferior a la media de la UE, de 81 EJC por cada 100 000 personas.

La Asociación Española Contra el Cáncer publicó cálculos similares que estiman que, al contabilizar los costes médicos directos, los costes directos no médicos y los costes indirectos relacionados con el cáncer, la incidencia total del cáncer supuso al menos 19 000 millones EUR en 2020.

El aumento de la financiación pública destinada a los fármacos oncológicos requiere una sólida evaluación de las tecnologías sanitarias

Según el Ministerio de Sanidad, en 2021 se financiaron con cargo al gasto público de España nueve de cada diez fármacos oncológicos sometidos a las evaluaciones nacionales para la fijación de precio, lo que supone un 7,5 % más que en 2019. El reembolso de estos nuevos medicamentos por el sistema sanitario público debe estar sujeto a evaluaciones transparentes de las tecnologías

sanitarias para valorar la rentabilidad de los nuevos tratamientos. Las evaluaciones independientes y sistemáticas son fundamentales para evitar el despilfarro de recursos que podrían utilizarse para mejorar los resultados de la asistencia sanitaria.

Las decisiones de reembolso de nuevos fármacos en España son adoptadas por una comisión interministerial que cuenta con representantes del Ministerio de Sanidad y de los Gobiernos autonómicos. Esta comisión recibe evaluaciones de eficacia clínica de diversos organismos, sin embargo las evaluaciones económicas a menudo no forman parte de los informes presentados para orientar a los responsables de la toma de decisiones. Los expertos sugieren la necesidad de consolidar y normalizar los procesos entre los organismos implicados, y de este modo abordar los desafíos respecto a los plazos de las evaluaciones económicas, la composición de los grupos de expertos y la creciente participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones.

5.4. Bienestar y calidad de vida

Los modelos de SPHeP de la OCDE sugieren que, entre 2023 y 2050, el cáncer reducirá la esperanza de vida de la población en España, en promedio, en 2,1 años en comparación con un escenario sin cáncer (Gráfico 21). Esta cifra es ligeramente superior a la media de la UE (dos años), dado que el cáncer es la principal causa de mortalidad de los hombres y la segunda causa principal de las mujeres en España (véase la sección 2).

Además, el cáncer tiene una gran repercusión en la salud mental de la población debido a los

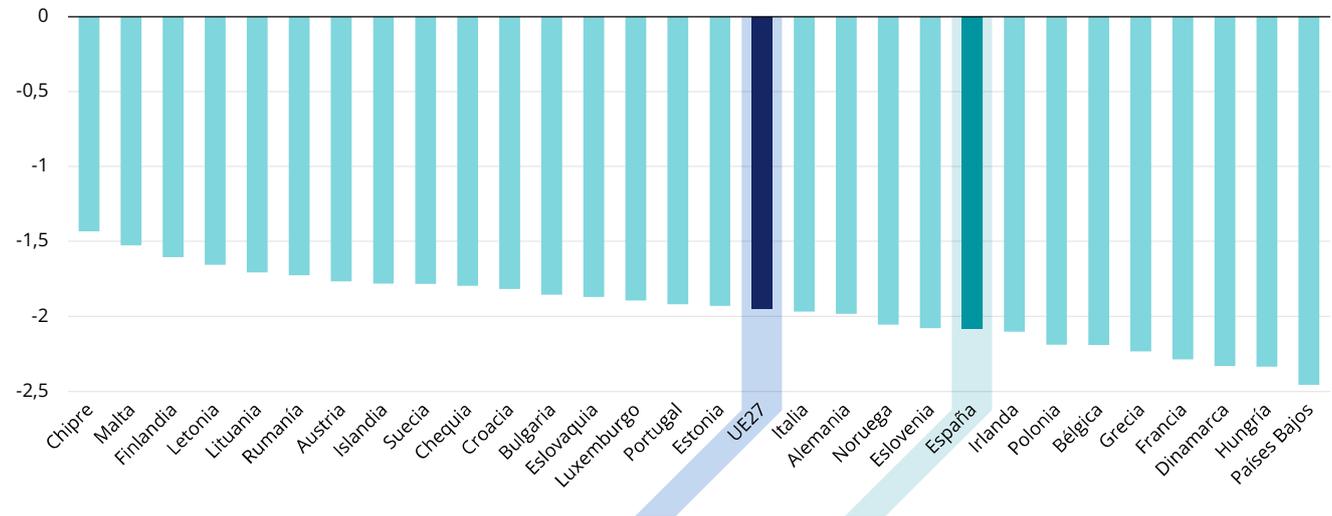
⁶ El presentismo se refiere a la pérdida de productividad que se produce cuando los empleados no funcionan de manera óptima en el lugar de trabajo debido a una enfermedad, lesión u otra afección.

síntomas asociados y los efectos secundarios del tratamiento, así como en la vida cotidiana, las funciones sociales y el trabajo. Según el modelo de SPHeP de la OCDE, también se prevé que España presente tasas de depresión mucho más elevadas,

equivalentes a una tasa adicional estandarizada por edad de 28 casos por cada 100 000 al año, una tasa mucho superior a la media de la UE de 17 casos por cada 100 000.

Gráfico 21. La pérdida de esperanza de vida de España debido al cáncer es mayor que el promedio de la UE

Reducción prevista en años de la esperanza de vida debido al cáncer (media del período 2023-2050)



Nota: La media de la UE no es ponderada.

Fuente: OCDE (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

La incidencia de síntomas de trastornos de la salud mental entre los pacientes de cáncer es elevada en España

Los pacientes de cáncer son especialmente propensos a sufrir malestar emocional, ya que el diagnóstico de cáncer, el tratamiento y el miedo a la recaída pueden tener consecuencias psicológicas y clínicas negativas. Un estudio prospectivo de cohortes en centros españoles durante la pandemia de COVID-19 reveló altas tasas de ansiedad (36 %) y síntomas de depresión (35 %) entre los pacientes con cáncer en fase avanzada, lo que coincide con resultados similares de otros estudios oncológicos (Obispo-Portero et al., 2022). Estos síntomas eran más frecuentes entre las mujeres y los adultos más jóvenes. La introducción del apoyo psicosocial profesional puede aliviar las consecuencias en la salud mental tanto de los pacientes como de sus familias (véase la sección 5.2). La última actualización de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud pone de relieve los retos a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud a la hora de integrar un enfoque psicosocial de la atención oncológica, en particular la necesidad de realizar evaluaciones periódicas del malestar emocional, el acceso a la atención psicológica especializada, los servicios de apoyo a las familias y el desarrollo de redes de apoyo.

España está dando cada vez más importancia a un enfoque psicosocial para lograr una atención oncológica centrada en el paciente

La Estrategia en Cuidados Paliativos de España hace hincapié en la importancia del apoyo psicosocial en el tratamiento de enfermedades graves, en particular el cáncer. Destaca la definición de la OMS de cuidados paliativos, que incluye la gestión de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales, y subraya la necesidad de prevenir y gestionar el desgaste profesional de los sanitarios. La Estrategia exige una respuesta global y coordinada a estas necesidades, y varias comunidades autónomas han aplicado medidas específicas para prestar apoyo emocional a los cuidadores principales. Un enfoque psicosocial no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también contribuye a mejorar el cumplimiento del tratamiento y los resultados.

La fragmentación de la legislación dificulta la igualdad de acceso a los cuidados paliativos en España

Para los pacientes con cáncer en fase avanzada y los que están llegando al final de su vida, los cuidados paliativos son fundamentales. Este tipo de asistencia mejora la calidad de vida tanto de los pacientes de cáncer como de sus familias al gestionar el dolor y proporcionar apoyo psicológico, social y espiritual. En 2020, más del 60 % de los pacientes que necesitaban cuidados

paliativos en España eran pacientes de cáncer. Los profesionales de la atención primaria y los servicios especializados prestan cuidados paliativos, pero las deficiencias de los sistemas de información dificultan el cálculo del número de personas que necesitan estos cuidados. Sobre la base de los datos disponibles en 2014, las estimaciones de la Asociación Española Contra el Cáncer sugerían que la cobertura de los cuidados paliativos era insuficiente. Recientemente se ha avanzado en la ampliación de los recursos para los cuidados paliativos.

España creó su Estrategia en Cuidados Paliativos en 2007, que se actualizó por última vez en 2014 para orientar los planes autonómicos y mejorar la calidad de la asistencia prestada a los pacientes en fases avanzadas y terminales y a sus familias. Esta Estrategia promueve una respuesta global y coordinada a sus necesidades por parte del sistema sanitario, y respeta su autonomía y sus valores. Si bien no existe una ley nacional sobre cuidados paliativos, la Estrategia ofrece un marco para que las comunidades autónomas elaboren sus propios planes de cuidados paliativos. Varias comunidades autónomas, entre ellas Andalucía, Navarra, Aragón, Galicia, las islas Baleares y las islas Canarias, han promulgado su propia legislación. Sin embargo, en 2022 muchas estrategias autonómicas estaban obsoletas y carecían de evaluaciones específicas para medir su eficacia.

Las evaluaciones de la Estrategia en Cuidados Paliativos han puesto de manifiesto retos a la hora de integrar los cuidados paliativos en los servicios sanitarios más amplios, mejorar el apoyo psicosocial a los profesionales sanitarios e invertir en investigación sobre cuidados paliativos. Otros desafíos detectados son la necesidad de mejorar los sistemas de información, normalizar las directrices clínicas y garantizar una asistencia coordinada en las diferentes comunidades autónomas y niveles del sistema sanitario.

Recientes avances legales tienen por objeto evitar la discriminación contra los supervivientes de cáncer

Incluso después de finalizar de manera satisfactoria el tratamiento y la recuperación, las personas con antecedentes de cáncer pueden tener que hacer frente a dificultades relacionadas con su antigua enfermedad. Un avance legislativo importante en este sentido fue la aprobación en España del Decreto de 2023 sobre el derecho al olvido. Esta ley otorga a los supervivientes de cáncer el derecho a no ser discriminados en ámbitos como el empleo y los seguros, y reconoce su recuperación a los cinco años de haber finalizado el tratamiento sin recaídas.

6. Análisis del cáncer pediátrico

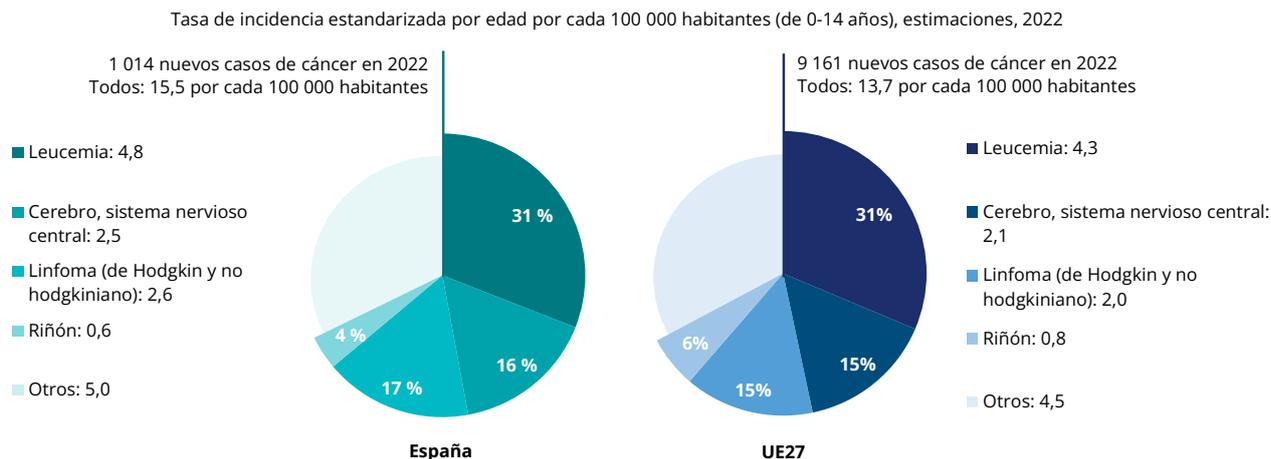
Según el ECIS, se calcula que en 2022 se diagnosticó cáncer a 1 014 niños y adolescentes hasta los quince años de edad en España. Las tasas de incidencia de las edades comprendidas entre los cero y los catorce años en 2022 se estimaron en 18 por cada 100 000 niños y en 13 por cada 100 000 niñas en España, unas cifras que superan las medias de la UE, de 15 por cada 100 000 niños y 13 por cada 100 000 niñas. Los datos de Eurostat muestran que las tasas de mortalidad también son más elevadas en España, con un promedio trianual de 2,4 por cada 100 000 niños, mientras que en la UE es de 2,1.

En España, en 2022, se estimó que la leucemia era el cáncer más diagnosticado en niños de hasta quince años, y representaba el 31 % de los casos nuevos entre los niños y el 29 % entre las niñas. En

ambos sexos, los siguientes tipos de cáncer más frecuentes eran el cáncer de cerebro, el cáncer del sistema nervioso central y el linfoma no hodgkiniano (Gráfico 22).

Para apoyar la investigación y el seguimiento del cáncer pediátrico en España, en 1980 se creó el Registro Español de Tumores Infantiles, una iniciativa científica público-privada. En la actualidad, el Registro recoge datos sobre más del 90 % de los tumores infantiles y ofrece información valiosa sobre la incidencia del cáncer y las tendencias de supervivencia.

Gráfico 22. La leucemia es el cáncer más habitual entre los niños españoles, con tasas superiores a la media de la UE



Notas: Las estimaciones de 2022 se basan en la evolución de la incidencia en años anteriores, y pueden diferir de las tasas observadas en los últimos años. «Todos» incluye todos los cánceres, salvo el cáncer de piel distinto del melanoma. Fuente: Sistema Europeo de Información del Cáncer (ECIS) para la incidencia del cáncer. Extraído del sitio <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, consultado el 10 de marzo de 2024. © Unión Europea, 2024.

Según el proyecto de organización de la asistencia y la investigación para niños con cáncer en Europa (OCEAN) de la Sociedad Europea de Oncología Pediátrica (SIOPE), España cuenta con 40 instituciones que tratan a niños con cáncer (SIOPE, 2024). Entre ellas, 5 forman parte del consorcio de tratamientos innovadores para niños y adolescentes con cáncer, una red centrada en el desarrollo de nuevos tratamientos para la oncología pediátrica mediante la investigación colaborativa y los ensayos clínicos. Las 13 modalidades de infraestructura y tratamiento, en particular la braquiterapia, los trasplantes de células madre, los cuidados paliativos y la terapia de protones, están disponibles para tratar a pacientes de cáncer pediátrico en España. Entre 2010 y 2022, de los 436 ensayos clínicos en los que participaron niños y adolescentes con cáncer en Europa, 188 se llevaron a cabo en España (43 %). Además, en 2018, el 75 % de los 78 medicamentos considerados esenciales para el tratamiento del cáncer en pacientes de entre cero y dieciocho años estaba disponible en

España, un porcentaje similar a la media de la UE, del 76 % (Vassal et al., 2021).

Se están tomando medidas para centralizar la oncología pediátrica en hospitales de gran volumen a escala nacional, a pesar de que la aplicación autonómica varía. En 2023, una revisión de estudios científicos internacionales realizada por el Ministerio de Sanidad español concluyó que la centralización de la atención oncológica pediátrica en centros de gran volumen podría tener un efecto favorable en las tasas de mortalidad y supervivencia. La revisión también puso de relieve las deficiencias de conocimiento y propuso ámbitos en los que debía investigarse más. Algunas comunidades autónomas ya han realizado avances significativos en la centralización de la asistencia, y se dispone de evaluaciones positivas que muestran mejoras en la calidad de la asistencia; se espera que otras comunidades autónomas sigan el mismo camino en los próximos años.

AEMA (2024), Europe's air quality status 2024 [«Estado de la calidad del aire en Europa 2024», documento en inglés], Copenhagen, Agencia Europea de Medio Ambiente, <https://www.eea.europa.eu/publications/europes-air-quality-status-2024>.

Besó Delgado M et al. (2021), «¿Aceptan las mujeres de la Comunidad Valenciana la auto-toma como forma de cribado de cáncer de cérvix?», *Revista Española de Salud Pública*, 95:e202101023.

De Angelis R et al. (2024), «Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCARE-6): a population-based study» [«Prevalencia completa del cáncer en Europa en 2020 por duración de la enfermedad y país (EUROCARE-6): un estudio poblacional», documento en inglés], *Lancet Oncology*, 25(3):293-307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.

EONS (2024), Índice sobre cuidados de enfermería oncológica de 2022 de la Sociedad Europea de Enfermería Oncológica (EONS): <https://cancernurse.eu/ecni2022/>.

Fernández Sánchez B et al. (2023), Estudio sobre los programas de cribado de cáncer colorrectal. Madrid, Asociación Española Contra el Cáncer, https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Informe%20cribado_final.pdf.

Lopez Castro R et al. (2024), «Performance of a vaginal self-collection device versus clinician collected cervical samples for the detection of high-risk human papillomavirus» [«Funcionamiento de un dispositivo de autorrecolección vaginal respecto a las citologías realizadas por personal sanitario para la detección del virus del papiloma humano de alto riesgo», documento en inglés], *Preventive Medicine Reports*, 41:102705. doi:10.1016/j.pmedr.2024.102705.

Lurgain JG et al. (2024), «Exploring self-care and cervical cancer prevention attitudes and practices among Moroccan and Pakistani immigrant women in Catalonia, Spain: a comparative qualitative study» [«Estudio del cuidado personal y las prácticas y los comportamientos de prevención del cáncer de cuello uterino entre las mujeres migrantes procedentes de Marruecos y Pakistán en Cataluña (España): un estudio cualitativo comparativo», documento en inglés], *BMC Public Health*, 24(1):388. doi:10.1186/S12889-023-17445-2.

Martinez DAS et al. (2023), «Current professional standing of young medical oncologists in Spain: a nationwide survey by the Spanish Society of Medical Oncology + MIR section» [«Situación profesional actual de los oncólogos jóvenes en España: una encuesta a escala nacional de la Sociedad Española de Oncología Médica + médicos MIR», documento en inglés], *Clinical and Translational Oncology*, 25(3):796-802. doi:10.1007/S12094-022-02989-.

Ministerio de Sanidad (2023), Informe de Atención Psicológica en Cáncer (Informes, Estudios e Investigación 2023).

Ministerio de Sanidad (2023), Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2022 (Informes, Estudios e Investigación 2023).

Obispo-Portero B et al. (2022), «Anxiety and depression in patients with advanced cancer during the COVID-19 pandemic» [«Ansiedad y depresión en paciente con cáncer en fase avanzada durante la pandemia de COVID-19», documento en inglés], *Supportive Care in Cancer*, 30(4):3363-70. doi:10.1007/S00520-021-06789-3.

Redondo-Sánchez D et al. (2023), «Socio-economic inequalities in lung cancer mortality in Spain: a nation-wide study using area-based deprivation» [«Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por cáncer de pulmón en España: un estudio a escala nacional que se basa en las carencias según la zona», documento en inglés], *International Journal for Equity in Health*, 22(1):145. doi:10.1186/S12939-023-01970-Y.

SIOPE (2024), Childhood cancer country profile: Spain [«Perfil nacional de cáncer infantil: España», documento en inglés], Bruselas, SIOP Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectspain.pdf>.

Trapero-Bertran, M., y LOBO, F. (2020), El gasto público en servicios de prevención y salud pública en España antes de la Covid-19. Los datos nacionales, https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2021/01/08-2101_Trapero.indd_.pdf

Vassal, G. et al. (2021), «Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe» [«Acceso a medicamentos esenciales contra el cáncer para niños y adolescentes en Europa», documento en inglés], *Annals of Oncology*, Vol. 32/4, pp. 560-568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Abreviaturas de países

Alemania	DE	Croacia	HR	Finlandia	FI	Italia	IT	Países Bajos	NL
Austria	AT	Dinamarca	DK	Francia	FR	Letonia	LV	Polonia	PL
Bélgica	BE	Eslovaquia	SK	Grecia	EL	Lituania	LT	Portugal	PT
Bulgaria	BG	Eslovenia	SI	Hungría	HU	Luxemburgo	LU	Rumanía	RO
Chequia	CZ	España	ES	Irlanda	IE	Malta	MT	Suecia	SE
Chipre	CY	Estonia	EE	Islandia	IS	Noruega	NO		

Perfiles nacionales de cáncer 2025

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 incluye un sitio web y una herramienta de datos desarrollada por el Centro Común de Investigación de la Comisión Europea (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), así como una serie alterna de perfiles nacionales de cáncer bienales y un informe general sobre las desigualdades frente al 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, 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. Asimismo, el Registro Europeo de Desigualdades frente al Cáncer respalda 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 observaciones y sugerencias formuladas por los expertos nacionales, el Comité de Salud de la OCDE y el grupo temático de expertos de la UE sobre el Registro de Desigualdades frente al Cáncer.

Cada perfil nacional de cáncer ofrece un breve resumen de lo siguiente:

- la incidencia nacional del cáncer
- factores de riesgo para el cáncer, centrándose en los factores de riesgo conductuales y ambientales
- programas de detección precoz
- funcionamiento de la atención oncológica, con especial atención a la accesibilidad, la calidad de la asistencia, los costes y la calidad de vida

La presente publicación debe citarse como:

OECD/European Commission (2025), Perfiles nacionales de cáncer de la UE: España 2025, Perfiles nacionales de cáncer de la UE, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/5a9404b9-es>.

Publicado originalmente en inglés con el título: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Spain 2025, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/1f6a5051-en>.

En caso de cualquier discrepancia, solo debe considerarse válido el texto de la versión en inglés.

© OECD/European Union 2025 para esta edición Española.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.