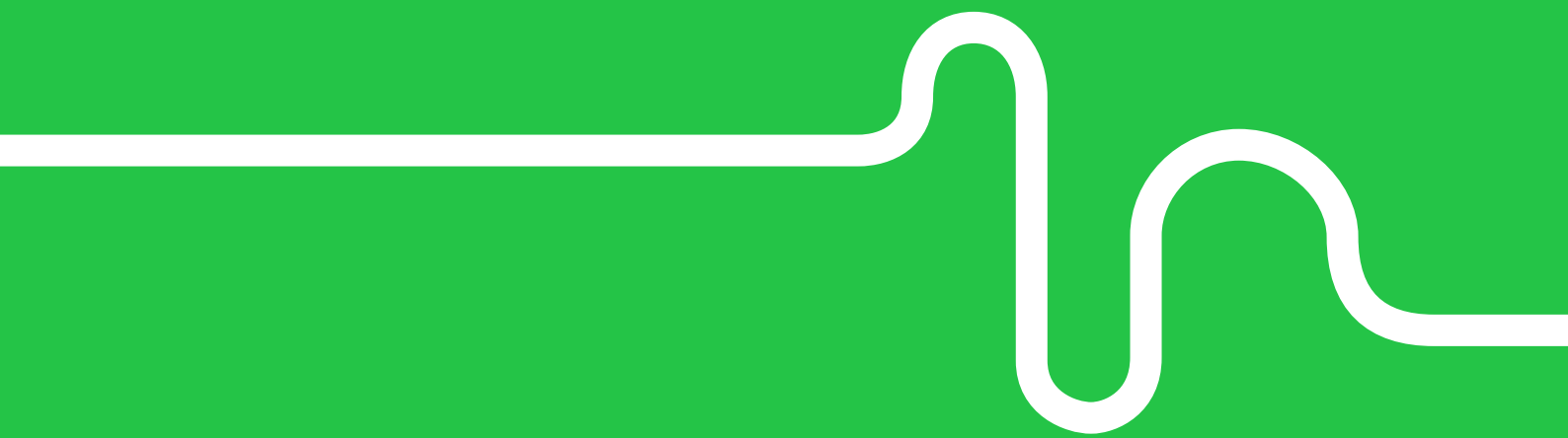


Impacto del cáncer en España

Una aproximación
a la inequidad
y los determinantes
sociales



asociación
española
contra el cáncer



Índice

00/ Introducción	3
01/ El cáncer en España	7
01.1/ El contexto general de España	8
01.1.1/ La estructura de la población en España	8
01.1.2/ Mercado de trabajo	11
01.1.3/ Indicadores socioeconómicos y de vulnerabilidad	12
01.1.4/ Indicadores sociodemográficos	13
01.2/ Datos de incidencia de cáncer en España	14
01.3/ Datos de mortalidad por cáncer en España.	16
02/ Cáncer e inequidad	18
02.1/ Para prevenirlo	19
02.2/ Para detectarlo precozmente	34
02.3/ Para afrontar su impacto	37
02.3.1/ Impacto económico y laboral	37
02.3.2/ Impacto social	40
02.3.3/ Impacto emocional	41
02.4/ Para tratarlo	44
02.4.1/ Radioterapia	44
02.4.2/ Al final de la vida	46
02.5/ Para investigarlo	48
03/ Conclusiones para la acción	49
03.1/ Qué hace la Asociación Española Contra el Cáncer	50
03.2/ Qué propone la Asociación Española Contra el Cáncer	53

00/

Introducción



Impacto del cáncer en España: Una aproximación a la inequidad y los determinantes sociales

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) **la equidad es la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre las personas**, ya sea por **motivos sociales, económicos, demográficos o geográficos**, o por cualquier otro tipo o variable de estratificación. En este contexto, la equidad en salud implica que todas las personas deberían tener **una oportunidad justa para alcanzar su máximo potencial de salud**, y que nadie debería estar expuesto a **desventajas evitables** que le limiten a la hora de lograr dicho potencial. [1, 2, 3]

La salud es un concepto complejo y multidimensional, representado por una interdependencia de **factores económicos, sociales, culturales e individuales**. Los procesos de salud y enfermedad no dependen exclusivamente de los individuos, sino de las interacciones entre estos y sus entornos. El entorno, por una parte, favorece la aparición de enfermedades y por otra, dificulta o facilita que la persona que ya ha enfermado reciba tratamientos adecuados. En ese sentido, sabemos que **las personas con más recursos tienen menos posibilidades de enfermar** (y mantener en general unas **condiciones de vida más saludables, física, emocional y socialmente**) que aquellas que disponen de menos recursos (tanto económicos, como culturales, relacionales, etc.); de ahí que todavía **encontremos casi catorce puntos porcentuales de diferencia** entre la valoración de la **salud propia como "muy buena" si atendemos a la clase social de la persona**, según los datos oficiales de la última Encuesta Europea de Salud en España, y que en general **la clase social esté asociada a un mayor riesgo de enfermar, morir prematuramente y tener una peor calidad de vida** [4, 5, 6, 7].

Equidad en salud desde tres perspectivas

- Equidad atendiendo a las necesidades (y los resultados) en salud por razón de edad, sexo, lugar de residencia, clase social.

- Equidad en el acceso, uso y calidad de los servicios sanitarios.

- Equidad desde las perspectivas de género y la diversidad.

Por otra parte, **los sistemas de salud y las políticas públicas influyen de manera significativa en esta relación entre desigualdades sociales y salud**, ya que, además de las diferencias socioeconómicas, otro de los determinantes de mayor impacto a la hora de generar desigualdades en resultados en salud es **la inequidad en el acceso a los servicios de salud**. La OMS establece que se produce equidad en los servicios cuando se garantiza: 1) igual acceso a los servicios disponibles para necesidades iguales, 2) uso igual para necesidades iguales y 3) igual calidad para todos [8, 9, 10]. De esta manera, a la hora de analizar la inequidad de acceso no sólo tenemos que observar si existe o no, formalmente, un recurso o servicio sanitario; sino si este es igualmente accesible para todos los grupos de población que lo necesiten, y de no ser así qué barreras pueden estar encontrando los grupos que, aún estando formalmente a su disposición, no están haciendo el uso de él que requerirían.

Otro factor importante de desigualdades en salud es el género, entendiendo este no como la diferencia biológica entre sexos (con sus particularidades asociadas también al ámbito de la salud) sino como el significado social que damos a esas diferencias, que refleja una conceptualización diferente de la actividad masculina y femenina. Por lo tanto, la inequidad de género en salud no se refiere a toda diferencia en salud entre hombres y mujeres; se refiere a las que son innecesarias, evitables e injustas. Por esta razón, la equidad de género en salud se traduce en la **eliminación de diferencias remediables en las oportunidades de disfrutar de salud en un sentido amplio y multidimensional**, no sólo como la ausencia de enfermedad.

¿Cuál es la relación entre desigualdades sociales y salud?

El hecho de disponer de niveles adecuados de salud y de bienestar está en buena parte determinado por las condiciones en las que las personas nacen, crecen y viven. Por lo tanto, los resultados en salud se configuran tanto por determinantes genéticos y biológicos como por determinantes sociales, como son los factores políticos, económicos, institucionales y ambientales que configuran las condiciones de vida diaria [12, 13]. En ese sentido, **la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de diversos factores y de la influencia que sobre ellas ejerce la posición que cada persona ocupa en la estructura social, y los distintos "capitales" a los que tiene acceso** (económico, cultural, relacional, simbólico, etc.). Las oportunidades y elecciones que realizamos a diario están condicionadas por nuestra situación socioeconómica, nivel de educación, lugar de residencia y vivienda, situación y entorno laboral, red de relaciones sociales y familiares, así como por la accesibilidad que tenemos a los servicios sanitarios.

La preocupación por lograr la equidad en salud no es un concepto nuevo ni ajeno a nuestro país. En este sentido, ya en el año 2008, el Ministerio de Sanidad y Política Social constituyó la **Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (CRDSS-E)** con el propósito de que se definieran aquellas medidas de intervención, a corto, medio y largo plazo, que permitiesen disminuir las desigualdades en salud en nuestro país. En 2010, la Comisión presentó el documento «Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España» [14].

Para la construcción de las recomendaciones de este informe se partió de un modelo en el que las desigualdades en salud se conceptualizan como consecuencias de **dos tipos de determinantes, los estructurales y los intermedios**. Los determinantes estructurales incluirían el contexto socioeconómico y político, y serían, por tanto, todos aquellos factores que afectan a la estratificación social y que determinan jerarquías de poder en la sociedad y que repercuten

en las oportunidades de tener una buena salud. Estos determinantes estructurales generan distintos ejes de desigualdad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio de procedencia o de residencia. Las desigualdades se producen cuando los distintos ejes de desigualdad se exponen a los llamados determinantes intermedios. Entre estos factores intermedios estarían los recursos materiales: condiciones de empleo y trabajo, la carga de trabajo no remunerado del hogar y de cuidado, el nivel de ingresos y la situación económica, la calidad de la vivienda y el área de residencia, etc. Los recursos materiales influyen en procesos psicosociales y en las conductas individuales que repercuten en la salud. Por otro lado, otro determinante intermedio serían los servicios sanitarios. Estos, aunque no son el factor principal para generar desigualdades en salud, sí se constituyen como un elemento importante que puede tener un efecto tanto multiplicador como amortiguador, dependiendo de si su acceso, utilización y calidad son menores, iguales o mayores para los diferentes grupos sociales [15].

En estos momentos, la equidad y las desigualdades se han incluido, en mayor o menor medida, en los planes de salud de la mayoría de las comunidades autónomas como un valor que deberían regir las políticas de salud y de servicios sanitarios. Aún así, es importante destacar **que la inclusión de la equidad como principio o valor general no siempre ha sido acompañado de propuestas concretas de intervención**.

Sin duda, la preocupación sobre las inequidades en salud se ha convertido en un elemento importante en la agenda política española desde hace muchos años. Sin embargo, las desigualdades permanecen. La pregunta crucial es si la sociedad y los gobiernos están haciendo todo lo posible para evitar o reducir las inequidades en salud.

Comprender las desigualdades: ¿qué está contribuyendo a las inequidades en el ámbito del cáncer?

Resulta necesario introducir en el debate en torno a la equidad en salud la perspectiva de **qué está**

ocurriendo en el ámbito del cáncer. Es claro que los determinantes de las desigualdades que se han enunciado anteriormente **operan también en el caso de las enfermedades oncológicas.** El análisis de las desigualdades sociales y cáncer debe incluir todas aquellas que son relevantes en todo el continuum de la enfermedad [16]. Lo que supone determinar las desigualdades en la incidencia, prevención, diagnóstico, tratamiento, supervivencia, calidad de vida y mortalidad por cáncer [17]. La mayoría de las desigualdades implican diferencias en las condiciones de vida y trabajo, atención médica y políticas sociales, que son afectados por determinantes sociales como ocupación, ingresos, vulnerabilidad social y relacional y educación [18, 19, 20].

Por otro lado, sabemos que hay factores sociales, ambientales y conductuales que son claros factores de riesgo para el desarrollo de cáncer a lo largo de la vida: **la alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol o tabaco, la exposición al humo, etc.** Son sólo algunos de estos factores que tienen una influencia demostrada científicamente, y sin ningún tipo de duda, en aumentar el riesgo de ser diagnosticados de un cáncer. **Existen determinantes y gradientes sociales de la salud que van a hacer que no todas las personas se expongan con la misma facilidad a esos factores de riesgo.** El sexo, la edad, la clase social o nuestro lugar de residencia van a darnos espacios sociales, entornos y redes concretas, que serán más o menos saludables; y por esa parte, la mayor parte de las decisiones individuales son el resultado de influencias que, en gran medida, se encuentran fuera del control de las personas, dado que son los entornos físicos y sociales los que pueden influir en la salud directa o indirectamente a través de obstáculos que afectan tanto a las oportunidades, como a las decisiones y los comportamientos.

El acceso inadecuado y/o insuficiente a los servicios sanitarios básicos es también un factor determinante de las desigualdades en salud. En este sentido, y concretamente en el ámbito oncológico, cualquier ciudadano debería poder acceder a una asistencia sanitaria eficaz que le proteja y evite la aparición de un futuro diagnóstico de cáncer y que alivie su sufrimiento en el caso de que le diagnostiquen la enfermedad, pero esto no siempre es así. Una parte importante de la desigualdad en el acceso a la asistencia viene explicada por el acceso

geográfico; es decir, con el emplazamiento y, por tanto, con la disponibilidad física de los servicios sanitarios en distintas zonas del país. Otro tipo de acceso que puede generar desigualdades en salud es el acceso cultural. En este sentido, las barreras idiomáticas y culturales, por ejemplo, pueden determinar que grupos pertenecientes a minorías étnicas o personas migrantes no puedan acceder a ciertas medidas preventivas y de detección precoz.

Por todo esto, las personas socialmente más vulnerables tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer, de ser diagnosticados en etapas más tardías, de tener mayores dificultades para hacer frente a los tratamientos y las consecuencias de estos y de llegar a la fase final de la enfermedad sin la oportunidad de tener acceso a cuidados paliativos integrales y de calidad. En la mayoría de las ocasiones, las diferencias que encontramos en estas variables son injustas, innecesarias y evitables, por lo que se configuran en inequidades en salud [21, 22].

El propósito de este informe no es otro que el de visibilizar algunos de esos factores de inequidad, o lo que es lo mismo, visibilizar diferencias injustas e innecesarias que se dan en la población a la hora de tener un riesgo de desarrollar cáncer, de tratarlo, o de vivir con sus consecuencias. Para ello hemos seleccionado algunos de los indicadores más representativos de las principales fuentes estadísticas de nuestro país, que evidencian que, aunque el cáncer es igual para todos, no todos somos iguales frente al mismo, ni a sus posibilidades de padecerlo, tratarlo y sobrellevar sus consecuencias.

Se trata de una primera exploración motivada por un ánimo divulgativo, que será complementada con estudios específicos que tratarán de profundizar en cada uno de los aspectos incluidos: estructura general y contexto socioeconómico, indicadores epidemiológicos, prevención primaria y secundaria, impacto del mismo (económico y laboral, social, emocional), tratamiento y acompañamiento en el final de la vida.

01/

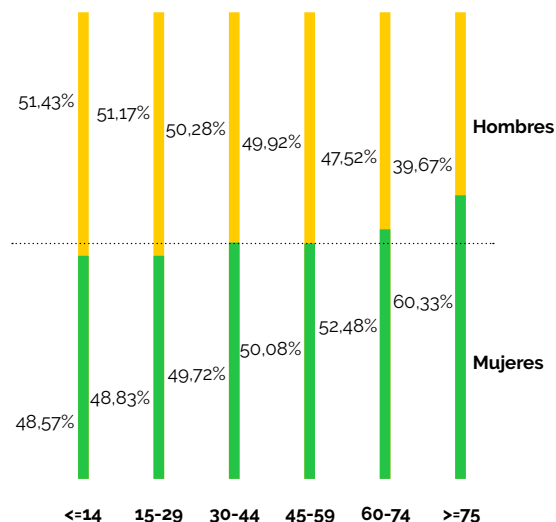
El cáncer en España



01.1/ El contexto general de España

01.1.1/ La estructura de la población en España

La disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida están modificando la estructura de edad de la población. **La esperanza de vida al nacer alcanza los 79,6 años en los hombres y 85,1 en las mujeres de España.** El porcentaje de personas mayores de 65 años sigue aumentando, acompañado de lo que se ha denominado «envejecimiento del envejecimiento», o aumento del grupo de más de 80 años, lo que se ha dado en llamar cuarta edad. Según las proyecciones del INE, para 2035 el número de personas mayores de 65 años será del 26,5%. Este envejecimiento progresivo de la población aumentará la incidencia y prevalencia de enfermedades como el cáncer (que se desarrolla fundamentalmente en las franjas de edad más elevadas), así como la demanda de atención sociosanitaria de las personas dependientes y su entorno; además de un incremento en su nivel de dependencia por estas y otras enfermedades.



En este sentido, el envejecimiento de la población y la ampliación de la esperanza de vida dan como resultado que los hijos de las personas de la cuarta edad sean población de la tercera edad, que tiene una mayor probabilidad de tener un mayor grado de dependencia que grupos de edad de la pirámide situados por debajo de estos. La población vive ahora más años, pero también es mucho más dependiente, lo que se traduce en que vivimos más años, pero con una calidad de vida inferior en los últimos años de vida debido a la incidencia de diferentes enfermedades y dolencias. En definitiva, podemos concluir que la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida están modificando la estructura de edad de la población, así como las pautas culturales con las que concebíamos el envejecimiento.

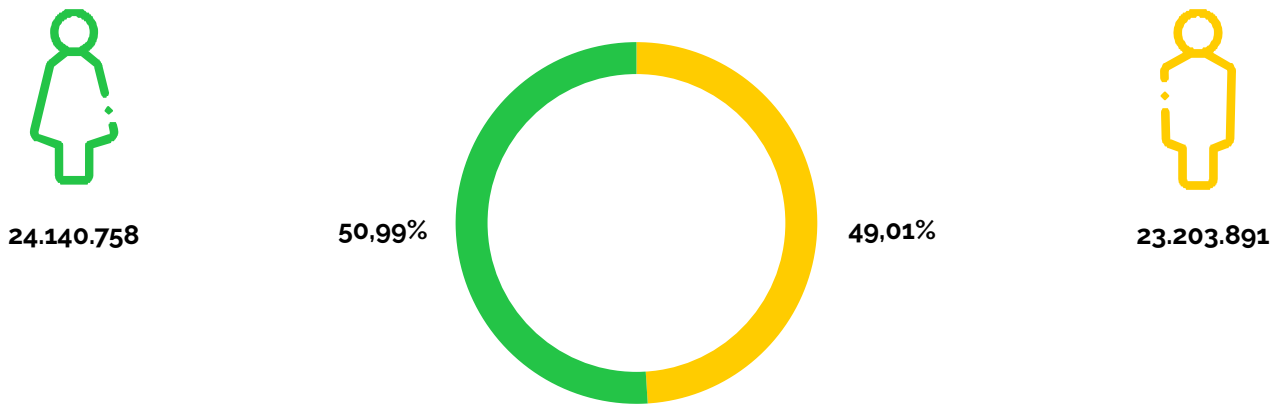
Este hecho es especialmente relevante en el contexto de la salud. Los años de vida adicionales y los cambios demográficos que estos generan tienen profundas repercusiones sociosanitarias. Y será necesario un abordaje integral de salud pública al envejecimiento de la población, que deberá transformar sistemas que ya no responden a las nuevas características de las poblaciones que atienden.

Estructura de la población española en 2021 (I)

	<=14	15-29	30-44	45-59	60-74	>=75	Total
Mujeres	3.244.048	3.584.882	4.947.259	5.539.069	4.032.760	2.792.740	24.140.758
Hombres	3.434.454	3.756.936	5.003.133	5.521.651	3.651.603	1.836.114	23.203.891
Total	6.678.502	7.341.818	9.950.392	11.060.720	7.684.363	4.628.854	47.344.649

Estructura de la población española en 2021 (II)

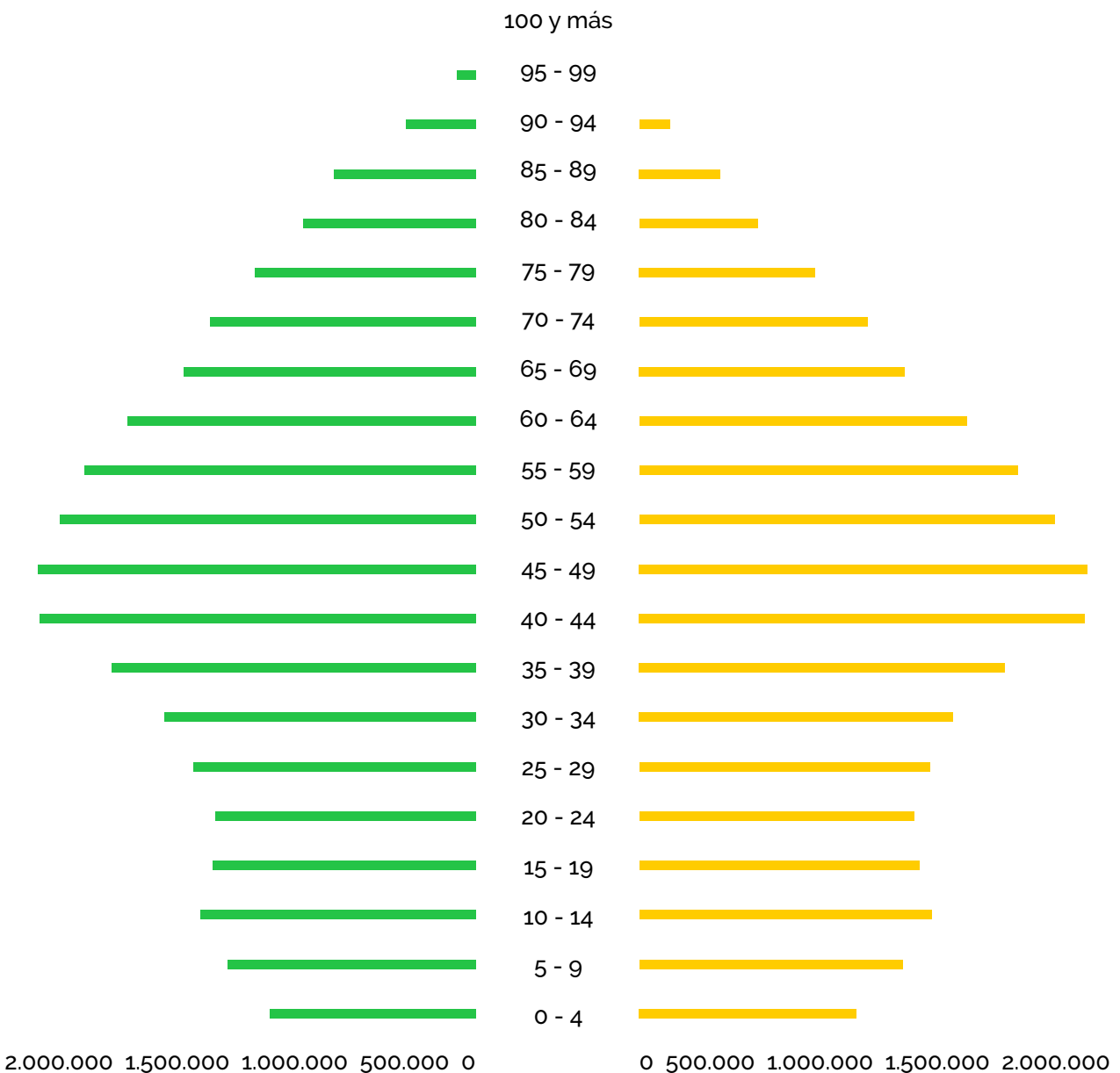
Total: 47.344.649



24.140.758



23.203.891

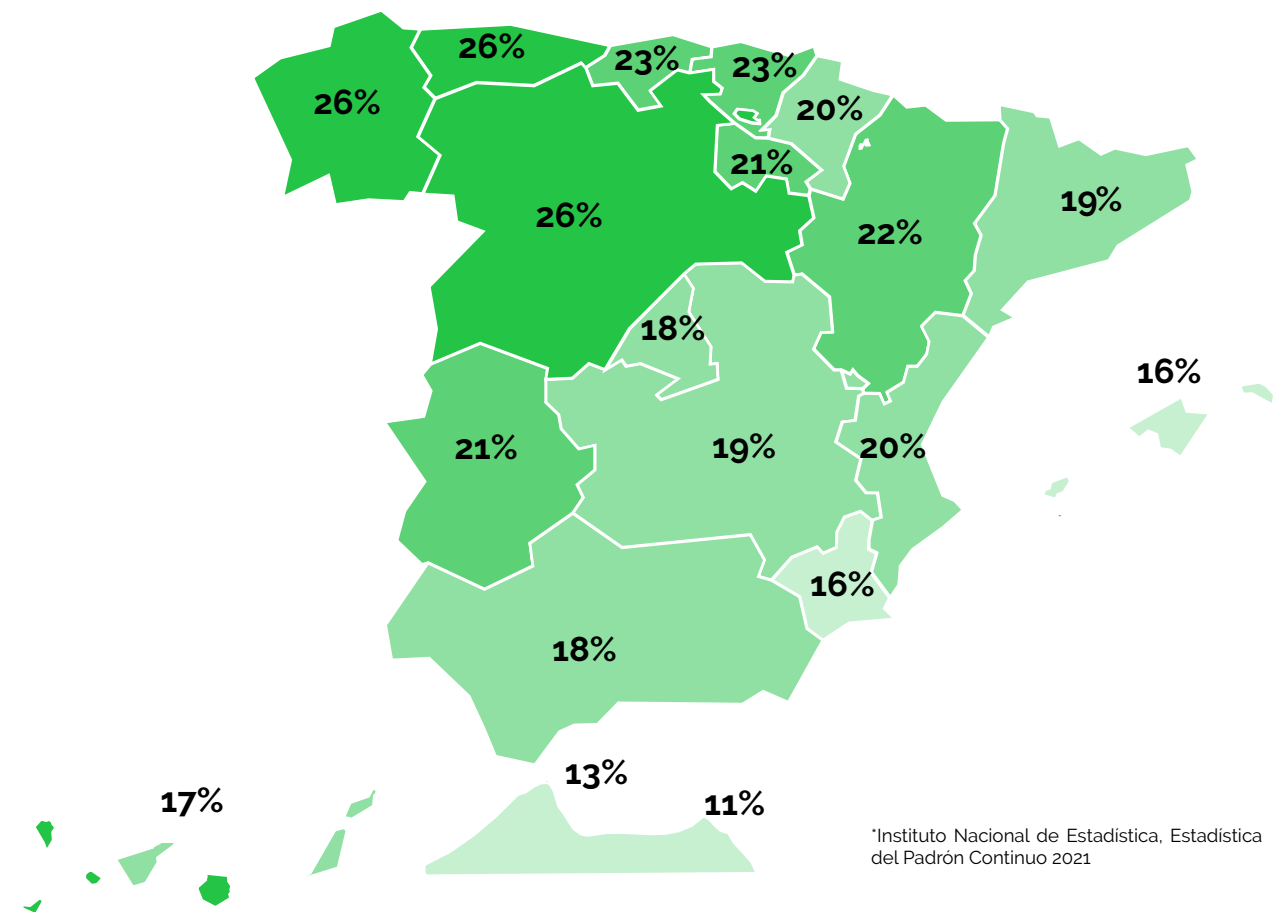


Estructura de la población española en 2021 (III)

En España hay un 19,8% de personas mayores de 65 años a fecha de 2021. No obstante, ese porcentaje no se distribuye de manera uniforme por todo el territorio nacional. Hay comunidades autónomas que han visto incrementado notablemente el envejecimiento de su población debido a la baja natalidad y las migraciones dentro del propio país. Así, vemos que en comunidades como Galicia, Asturias o Castilla y León, las personas mayores de 65 años ya suponen más de uno de cada cuatro habitantes.

Los datos de envejecimiento visibilizan la necesidad en todo el país, pero con mayor incidencia en las comunidades autónomas más envejecidas, de un abordaje integral de la salud pública que contemple un abanico de políticas y acciones que ayuden a crear las condiciones que garanticen que las personas mayores disfruten del más alto nivel de salud posible. El sistema debe estar obligado a ofrecer, sin discriminación de ningún tipo, centros de salud, bienes y servicios disponibles, accesibles y de buena calidad para satisfacen las necesidades de salud específicas de las personas mayores. Asimismo, es necesario adecuar la accesibilidad de los servicios de salud y valorar si están adaptados a las personas mayores o son sensibles a sus necesidades

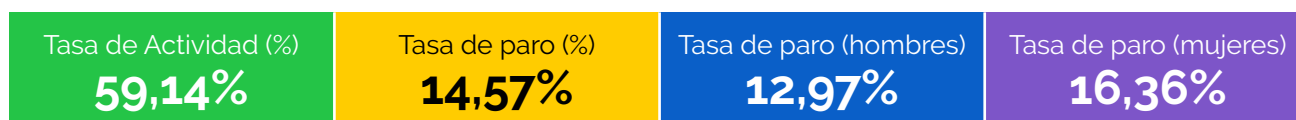
Porcentaje de personas mayores de 65 años por CCAA



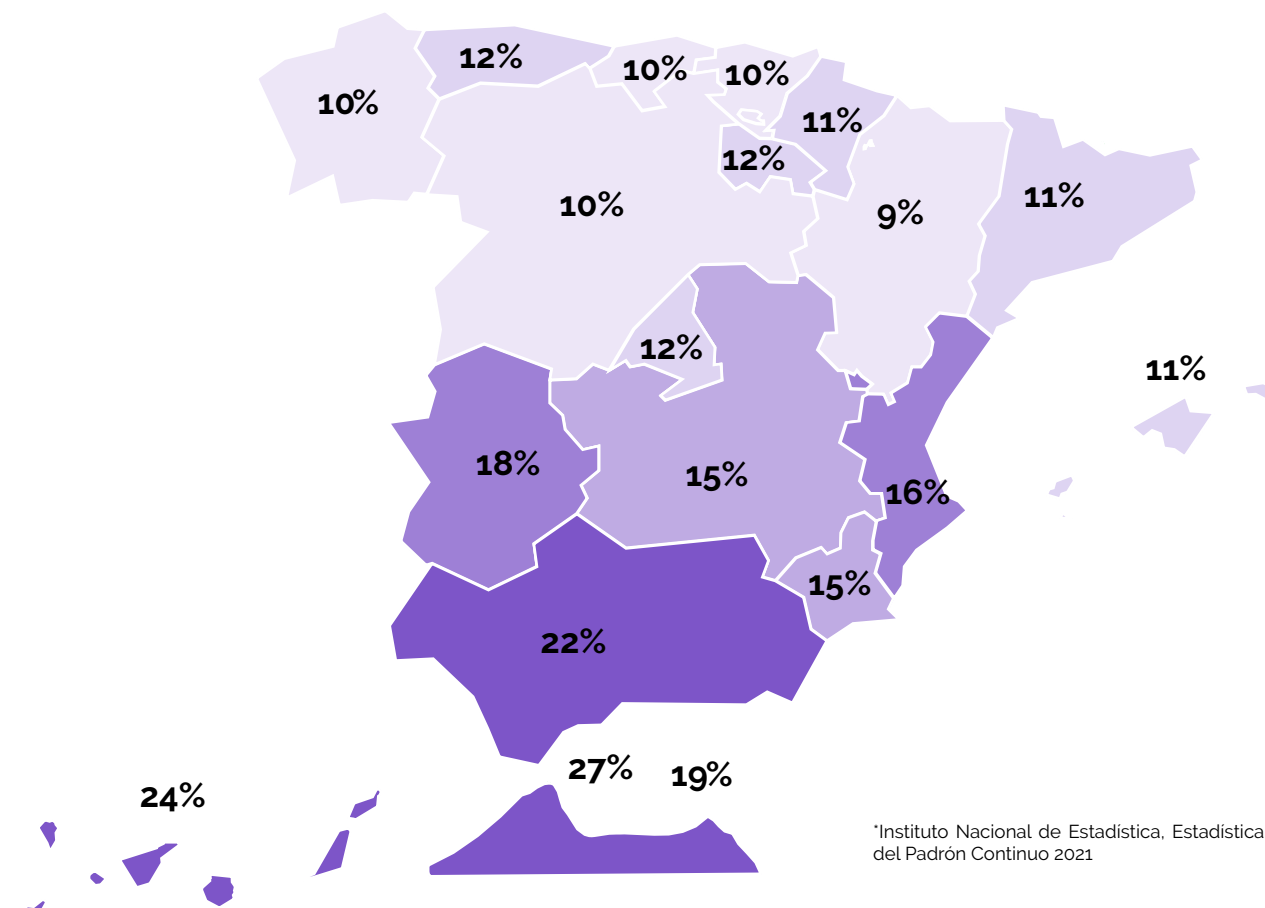
01.1.2/ Mercado de trabajo

Desde esta perspectiva de comparación territorial podemos acercarnos al mercado de trabajo. España es uno de los países de la Unión Europea con mayor tasa de paro (problema especialmente acuciante entre las franjas más jóvenes de su población). No obstante, el desempleo se incrementa en las comunidades del sur de España, las Islas Canarias y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Nos volvemos a encontrar con una variable determinante de desigualdad social en salud. La situación de desempleo representa un antecedente para sufrir numerosas afecciones de salud. Así, se ha demostrado que la población desempleada acumula, en mayor proporción que la población empleada, distintos factores de riesgo para su salud en general, y para el desarrollo de un potencial cáncer en particular: mayor consumo de tabaco y de alcohol [1], mayor tasa de obesidad [2], más inactividad física y menor consumo de frutas y vegetales [3]. Además, esta asociación es especialmente relevante entre los/as jóvenes en situación de desempleo [4]. Como vemos, las mujeres son significativamente más vulnerables a encontrarse en paro que los hombres, en España.



Tasa de paro por CCAA

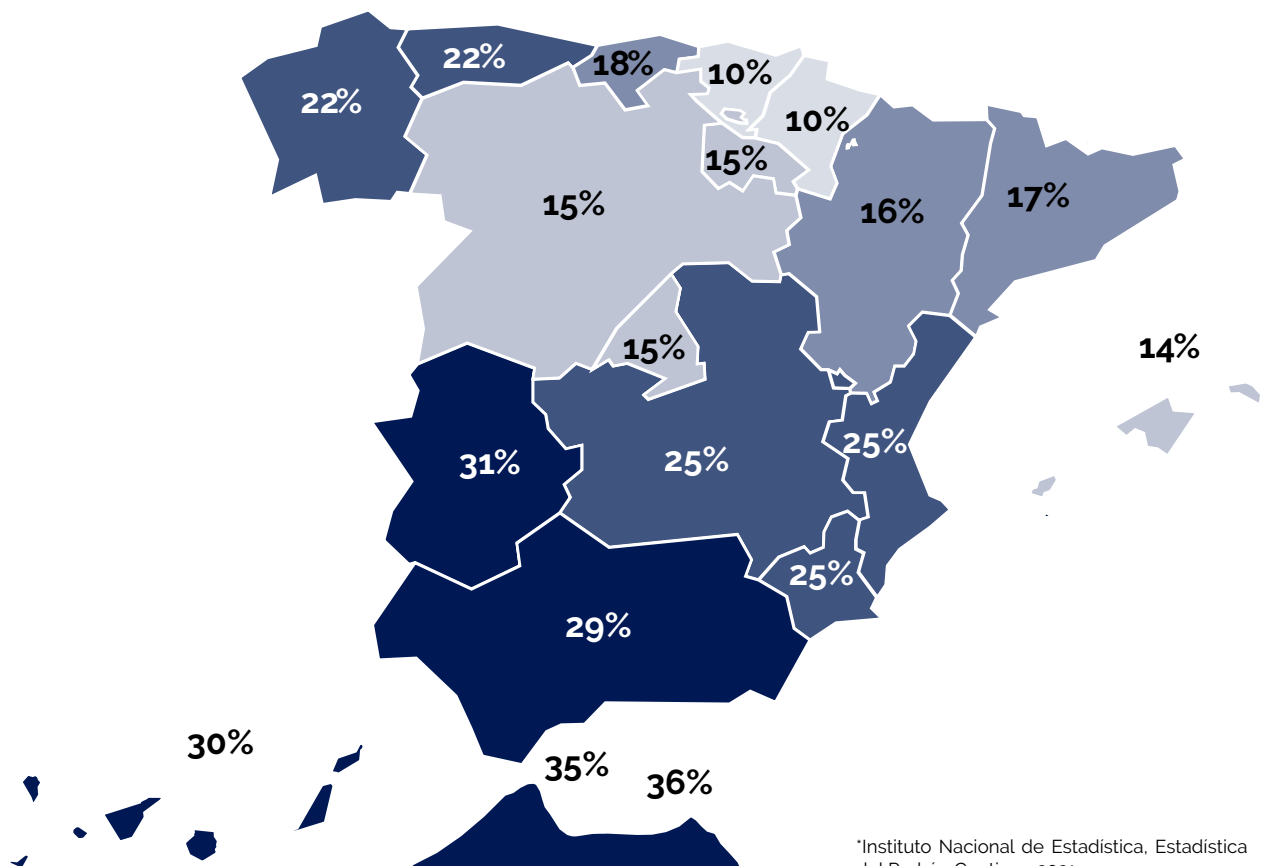


01.1.3/ Indicadores socioeconómicos y de vulnerabilidad

En España, la renta media por persona es de unos 12.300 € al año, y la renta media por hogar de unos 30.700 €. No obstante, eso no significa que esos ingresos se distribuyan por igual a lo largo del territorio y los hogares. La tasa de riesgo de pobreza se refiere al porcentaje de la población que tiene que vivir con menos del 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo, dividido entre las personas del hogar. Así, aunque sepamos que el 21% de la población española vive bajo ese umbral de riesgo de pobreza, hay comunidades autónomas donde este riesgo es del 10% (como Navarra o País Vasco) mientras que en otras lo triplica, rondando o siendo superior al 30% (como Andalucía, Extremadura o Canarias). Si tenemos en cuenta los costes directos e indirectos de un diagnóstico de cáncer, que detallamos en el capítulo de la "toxicidad financiera del cáncer", veremos que estos datos nos hacen descubrir que no todos los hogares van a poder asumirlo con la misma facilidad. Esto va a ser especialmente relevante en el caso de las mujeres, puesto que no sólo tienen mayores tasas de temporalidad, sino que también perciben ingresos por debajo del salario mínimo en casi el doble de casos que los varones.



Tasa de riesgo de pobreza por CCAA



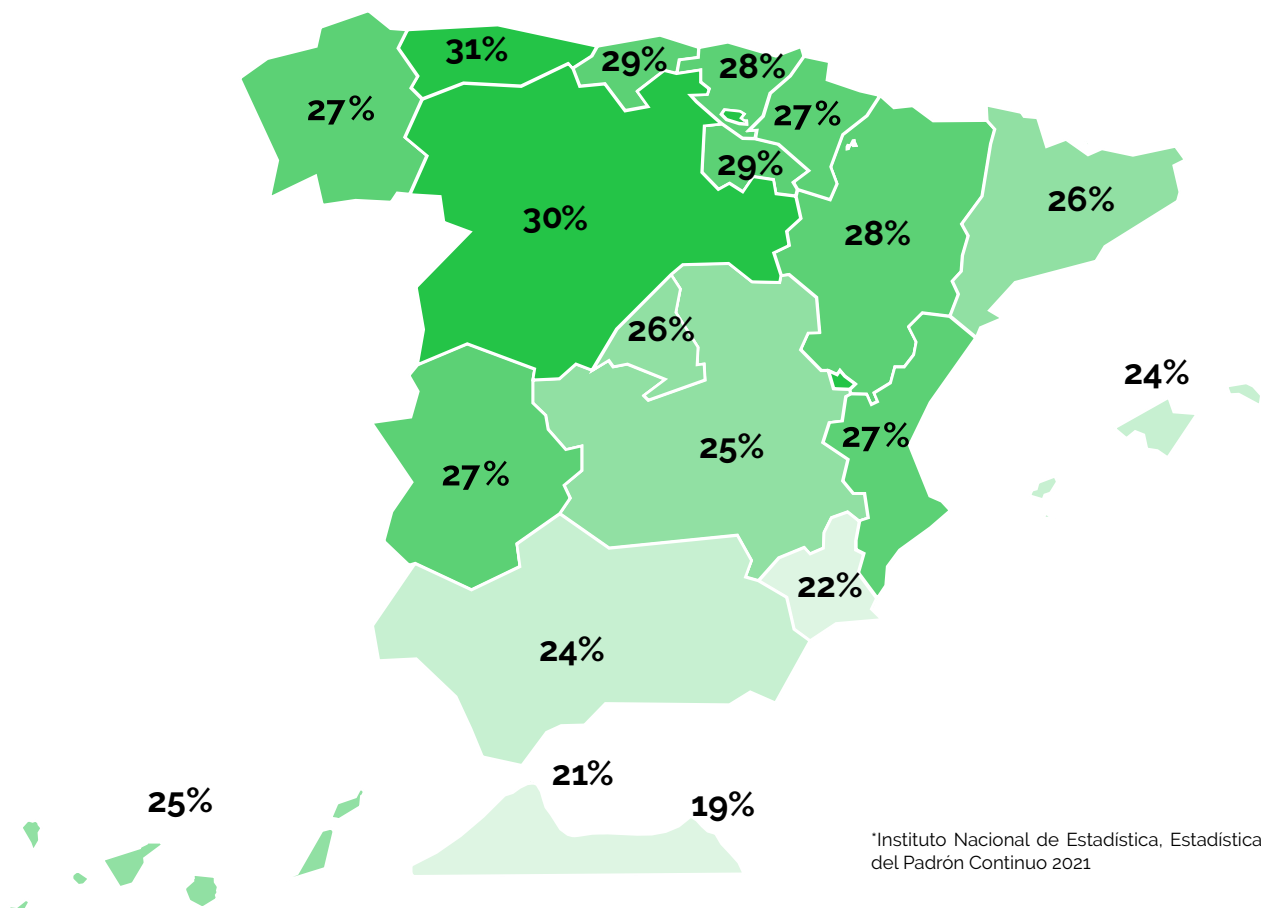
*Instituto Nacional de Estadística, Estadística del Padrón Continuo 2021

01.1.4/ Indicadores sociodemográficos

En España hay cerca de 4.900.000 personas que viven solas, de las cuales más de 2.130.000 son mayores de 65 años, una cifra que tan sólo el último año 2021 ha aumentado más de un 6%. Este tipo de hogares ya representa más de uno de cada cuatro hogares, encontrando en la soledad demográfica (personas que viven solas, sea por decisión personal o no) como una de las situaciones más extendidas y crecientes del primer cuarto del siglo XXI. Además, numerosas investigaciones explican el efecto negativo de las situaciones de soledad no deseada en la salud física y mental, asociadas a problemas cardiovasculares, descenso del sistema inmune, trastornos de ansiedad y depresión, senilidad, pensamientos suicidas, pero también al empeoramiento de la calidad de vida, potenciando el sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol o la mala alimentación [1,2].



Porcentaje de hogares unipersonales por CCAA



01.2/

Datos de incidencia de cáncer en España

Realizando una estimación estadística a partir de los datos de mortalidad y supervivencia, se estima en **285.530 el número de casos nuevos de cáncer, diagnosticados en España en el año 2021**

Incidencias



Tasa de incidencias



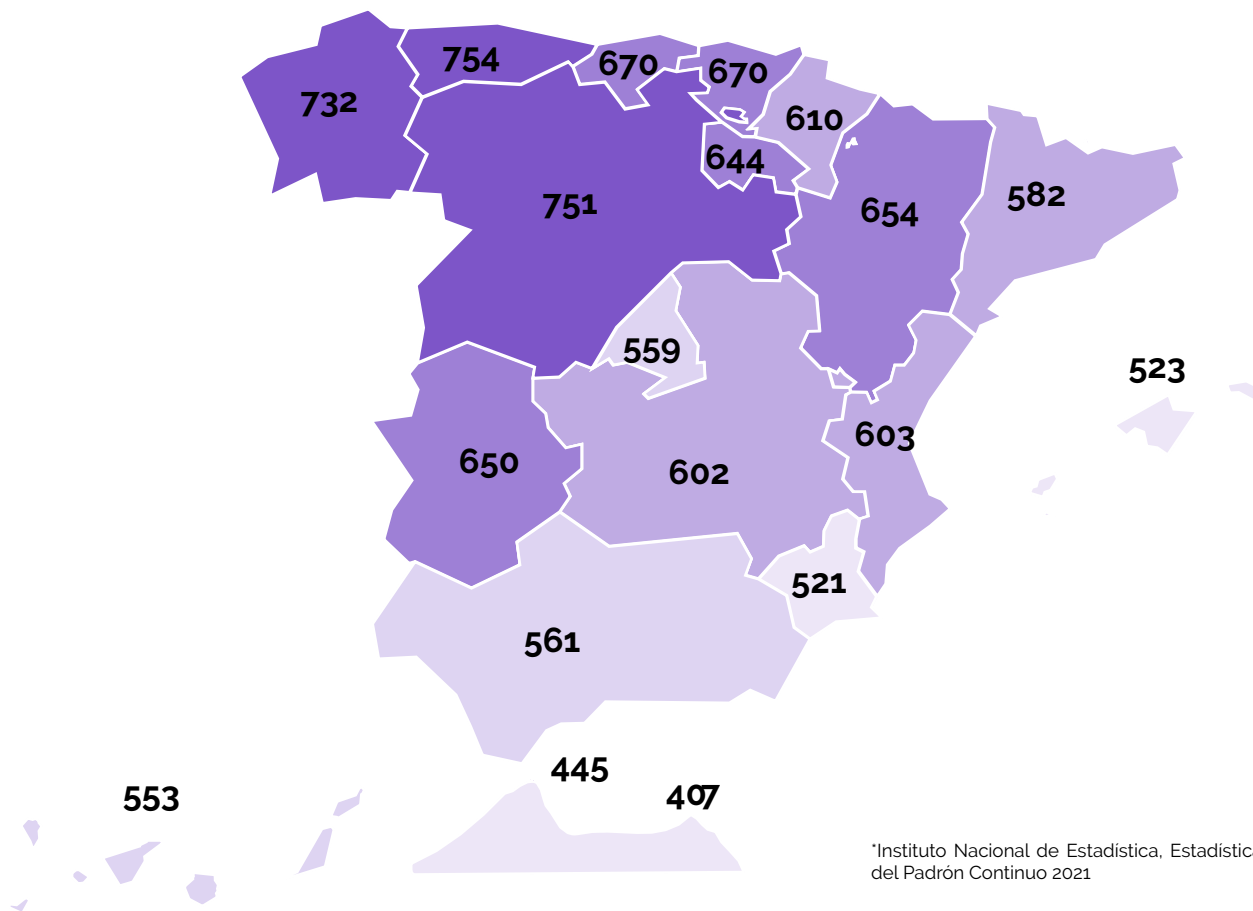
CCAA	Nº de casos por 100.000 habitantes
Andalucía	561
Aragón	654
Canarias	553
Cantabria	670
Castilla - La Mancha	602
Castilla y León	751
Cataluña	582
Ceuta	445
Comunidad de Madrid	559
Comunidad Foral de Navarra	610
Comunitat Valenciana	603
Extremadura	650
Galicia	732
Illes Balears	523
La Rioja	644
Melilla	407
País Vasco	670
Principado de Asturias	754
Región de Murcia	521

La tasa bruta de nuevos diagnósticos por cada 100.000 habitantes es de 603.

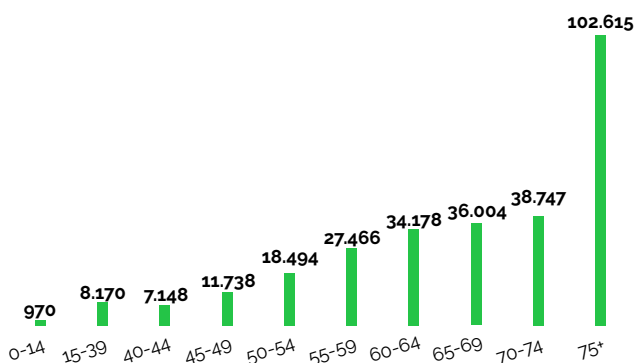
Esto significa que de cada 100.000 personas residiendo en España, más de 600 han sido diagnosticadas de cáncer sólo en 2021.

Esto es especialmente relevante entre la población más mayor, aunque encontramos casos de cáncer en todos los grupos de edad. Así, observamos que el máximo número de diagnósticos se sitúan en los intervalos de edad superiores, y que son las comunidades autónomas más envejecidas en las que se estima un mayor número de casos de cáncer diagnosticados. **La incidencia se incrementa significativamente en los intervalos superiores de edad, observándose las tasas más elevadas en el intervalo de mayores de 75 años.**

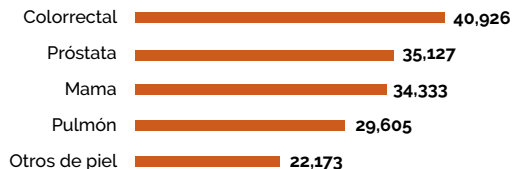
Tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes de todos los tipos de cáncer en España, por CCAA, 2021



Nuevos casos por edad



Tipos de cáncer con más incidencias



Los tipos de cánceres en los que se encuentran una mayor proporción de pacientes diagnosticados en España son **Colorrectal (14,33 %)**, **Próstata (12,30%)**, **Mama (12,02 %)**, **Pulmón (10,37 %)** y **Otros de piel (7,77 %)**. En la gráfica, se detallan los datos de los 5 tipos de tumores en los que se producen un mayor número de casos.

01.3/ Datos de mortalidad por cáncer en España

Se estima en **109.589** el número de defunciones por cáncer en España en el año 2021. La tasa de mortalidad bruta fue **231** defunciones por cáncer por 100.000 habitantes.

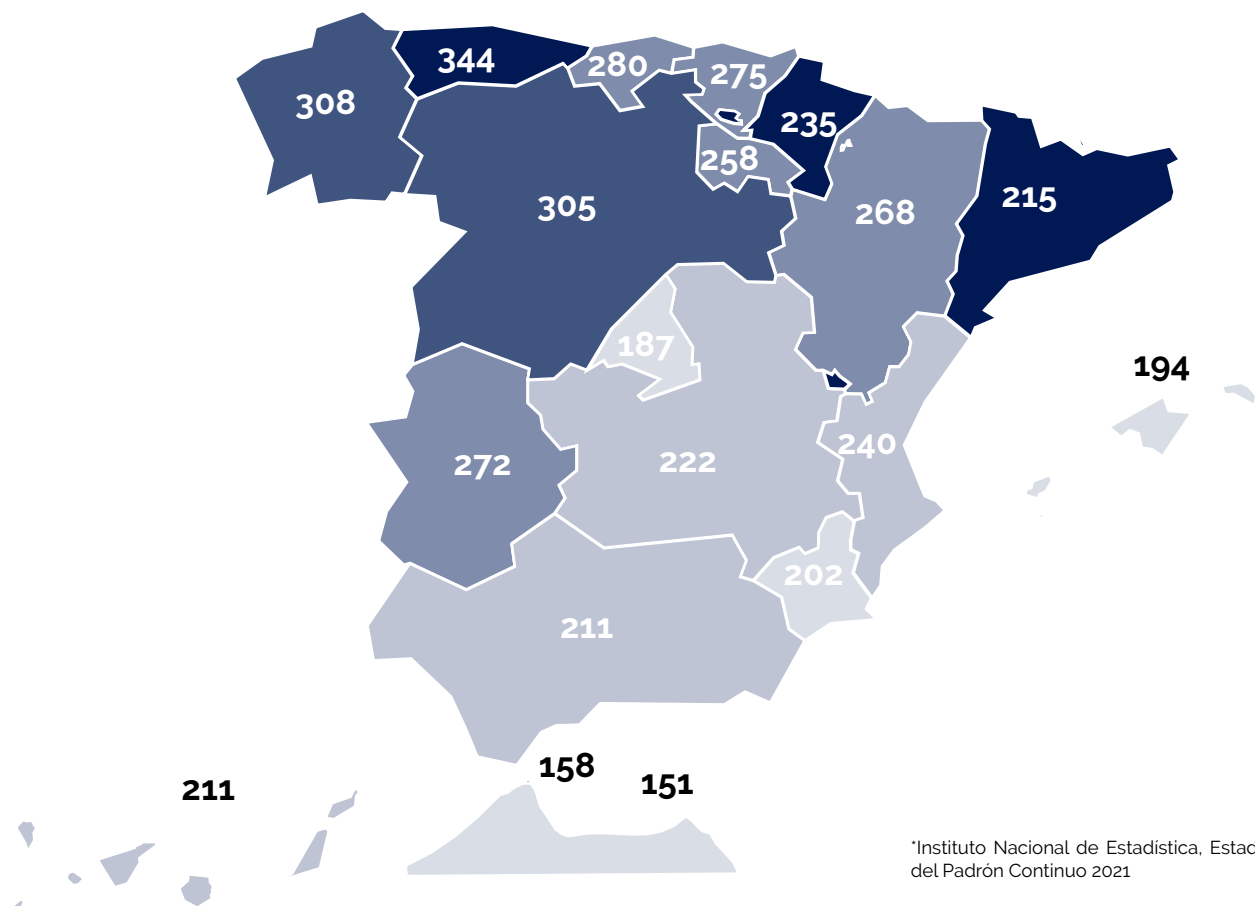
Mortalidad



Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes



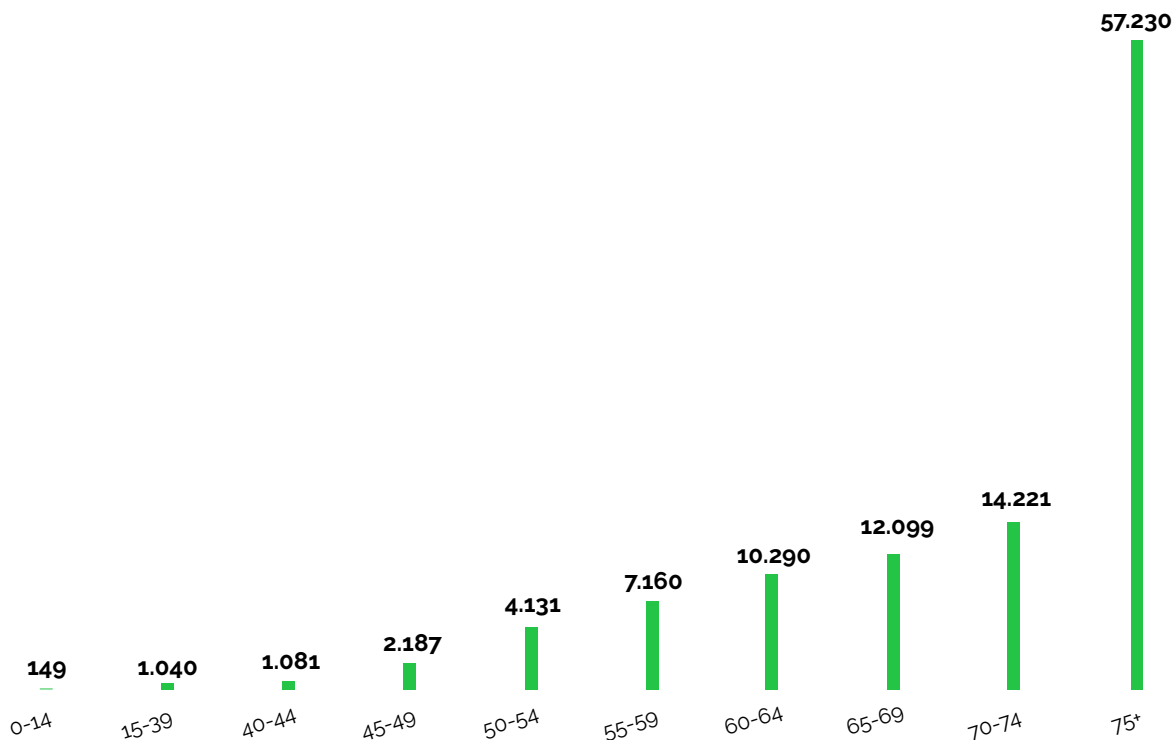
Tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes de todos los tipos de cáncer en España, por CCAA, 2021



*Instituto Nacional de Estadística, Estadística del Padrón Continuo 2021

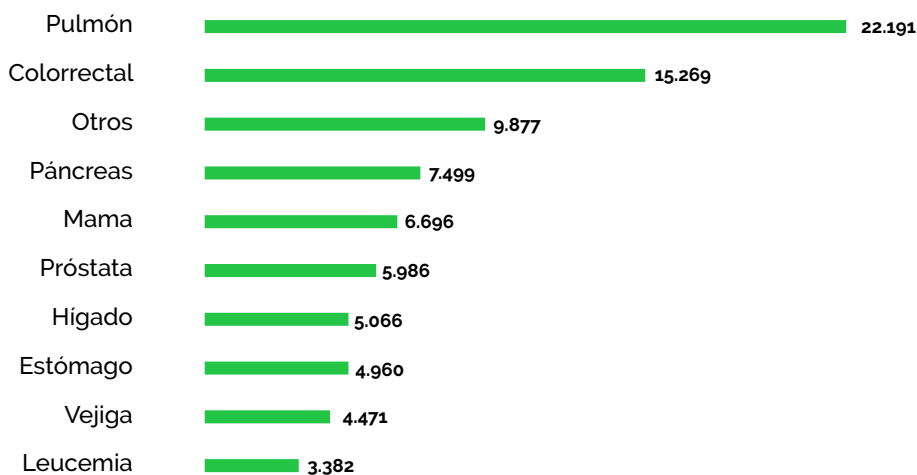
La mortalidad por cáncer afecta fundamentalmente a adultos de edad avanzada. Del total de las defunciones, el 76,24 % se produjeron en personas de **65 o más años**.

Fallecidos por edad



Respecto a la mortalidad por tipo de tumor, en la gráfica que se muestra a continuación se detallan los 10 tipos de tumores que provocan un mayor número de defunciones en España.

10 tipos de tumores que provocan un mayor número de defunciones en España



02/
Cáncer
e inequidad



02.1/ Para prevenirlo

02.1.1/ Obesidad, alimentación y cáncer

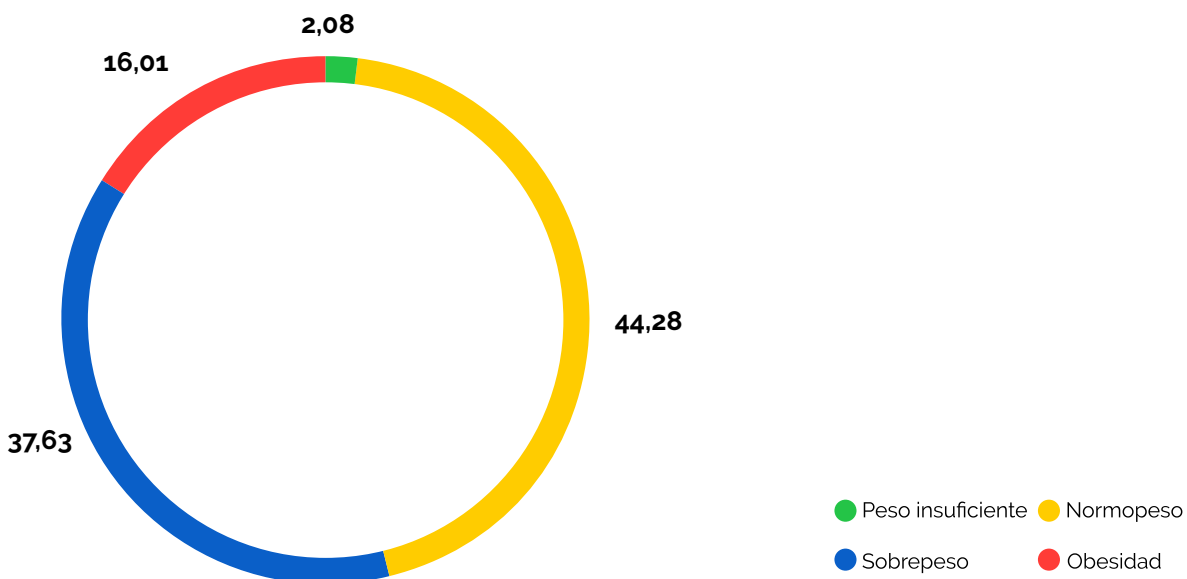
La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) ha encontrado suficiente evidencia científica para relacionar numerosos tipos de tumores con la obesidad y el sobrepeso.

Hay pruebas consistentes de que cantidades mayores de grasa corporal están asociadas con mayores riesgos de los cánceres de endometrio, adenocarcinoma de esófago, cáncer gástrico del cardias, cáncer de hígado, cáncer de riñón, mieloma múltiple, meningioma, cáncer de páncreas, cáncer colorrectal, cáncer de vesícula biliar, cáncer de mama, cáncer de ovario y cáncer de tiroides [1, 2, 3]. En definitiva, sabemos que el exceso de peso se asocia con un 20% de los casos de cáncer [4]

La obesidad es un problema creciente que ya afecta al 16% de la población en nuestro país, un total de 6.127.700 españoles de todas las edades*.

Población según IMC

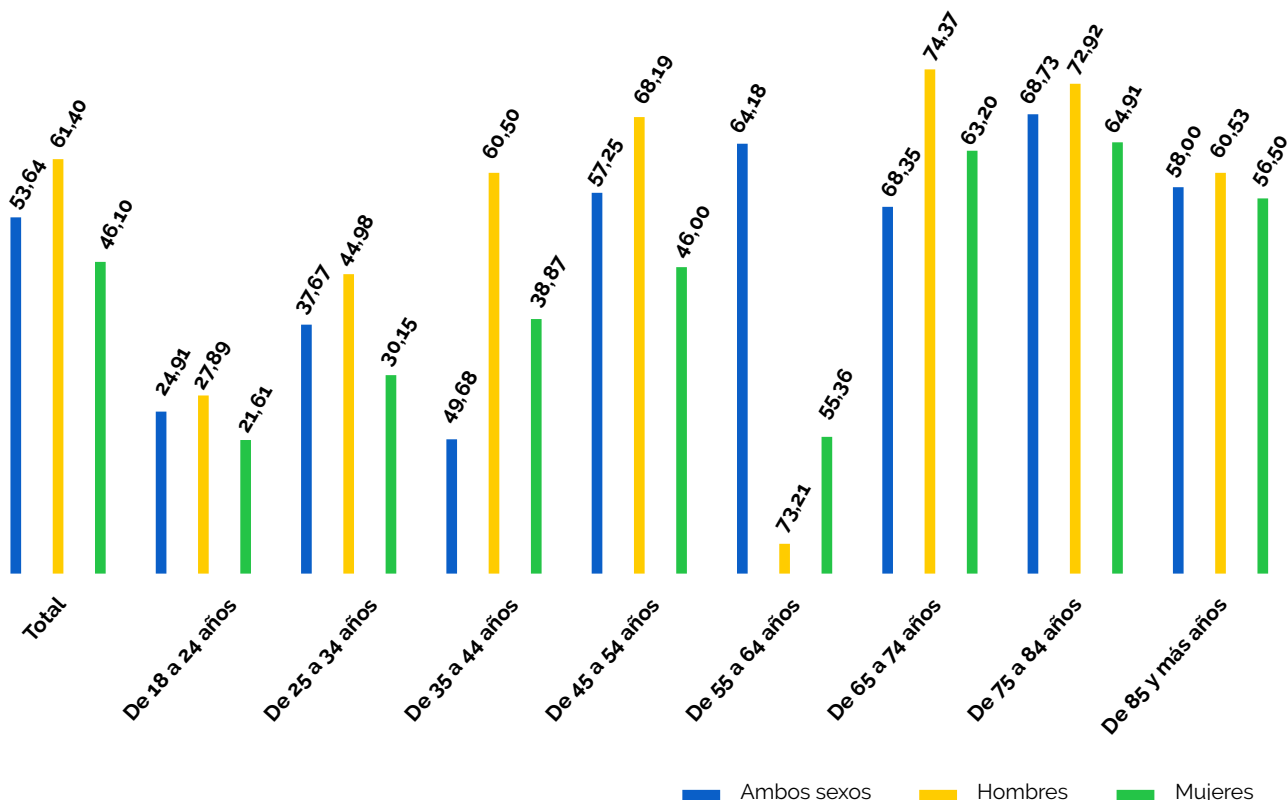
En España **6.127.700 personas tienen problemas de obesidad (16%) y 12.941.900 de sobrepeso (37,6 %)**. Esto significa que más de la mitad de la población española tiene un Índice de Masa Corporal que supone un riesgo a la hora de desarrollar cáncer en el futuro, así como otras enfermedades.



* Instituto Nacional de Estadística. INE base. Encuesta Europea de Salud de España 2020.

Porcentaje de población con sobrepeso u obesidad por sexo y edad

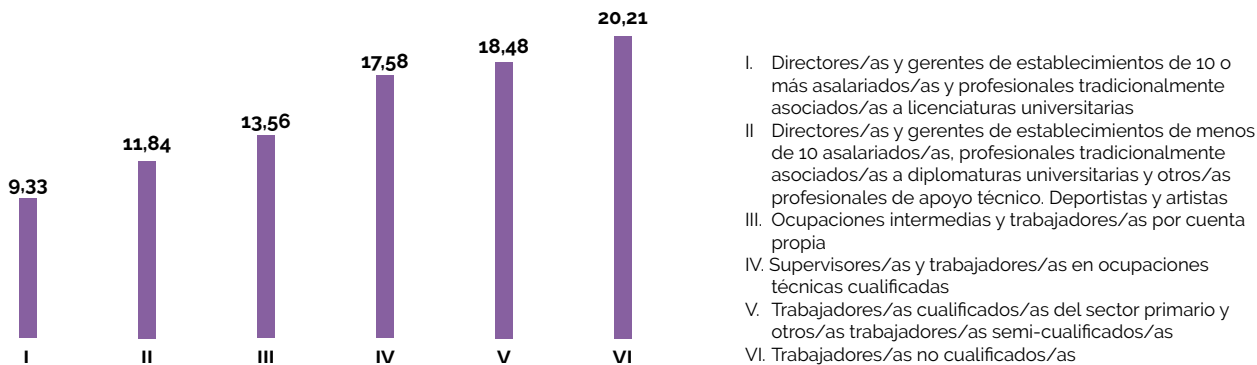
La obesidad y el sobrepeso es un problema de salud que afecta en igual medida a hombres y mujeres. Sin embargo, los datos indican que hay una mayor proporción de hombres con sobrepeso u obesidad que mujeres, en todas las franjas de edad. Esto es especialmente grave en las franjas de edad más elevadas, donde llegamos al dato de que casi 3 de cada 4 varones padece sobrepeso u obesidad.



Numerosos estudios evidencian la relación entre el nivel socioeconómico y la obesidad, confirmando el hecho de que, en países desarrollados, la obesidad está inversamente relacionada con el nivel educativo, la situación laboral y los ingresos netos de los hogares. En definitiva, a medida que el estatus socioeconómico disminuye, el riesgo de obesidad aumenta [4, 5, 6].

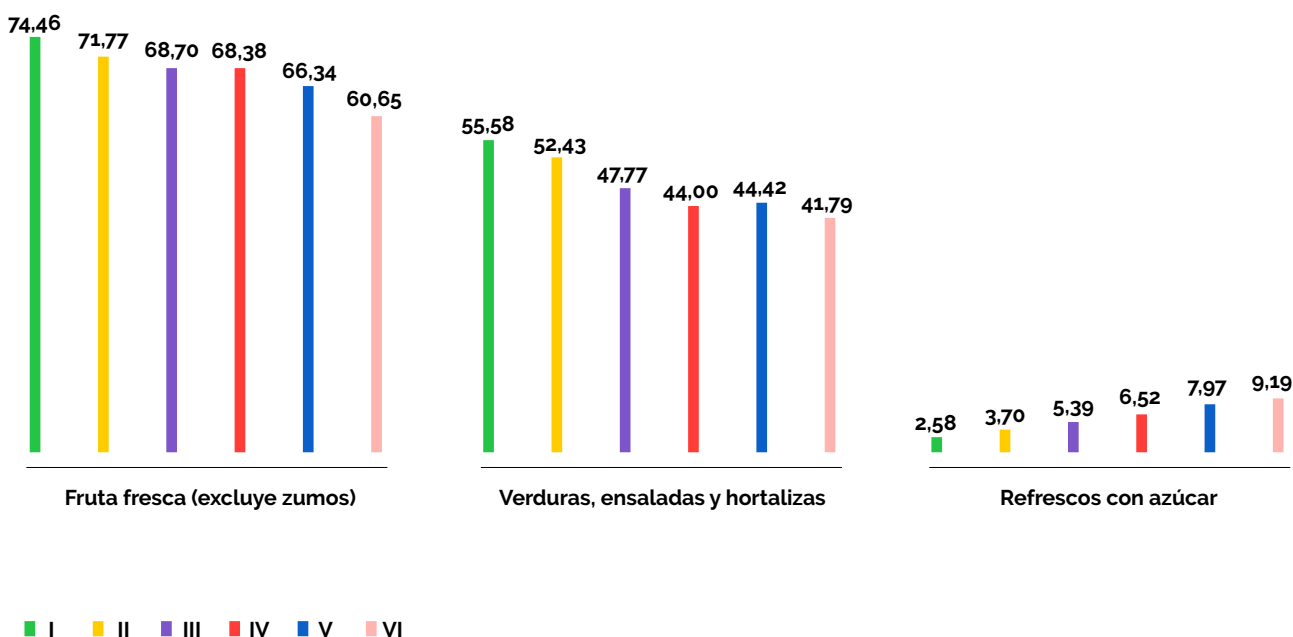
De esta manera, vemos que tanto el género como la clase social son determinantes sociales relevantes de la obesidad en España. En consecuencia, las actividades de promoción de la salud y prevención deben considerar ambas condiciones sociales para su correcto diseño e implementación [8].

Porcentaje de personas con obesidad en España, por clase social



Los estudios también nos muestran que el patrón alimentario en las clases bajas es significativamente menos saludable. Las personas de estratos sociales inferiores o con pocos ingresos tienden a consumir menos frutas y vegetales (del orden de 15 puntos porcentuales menos, como vemos en los gráficos de abajo), y más alimentos ricos en grasas y azúcares con respecto a las clases sociales más altas [9, 10, 11]. El porcentaje de personas que toma estas bebidas azucaradas a diario, en ese sentido, es tres veces superior entre los estratos sociales inferiores que entre clases altas.

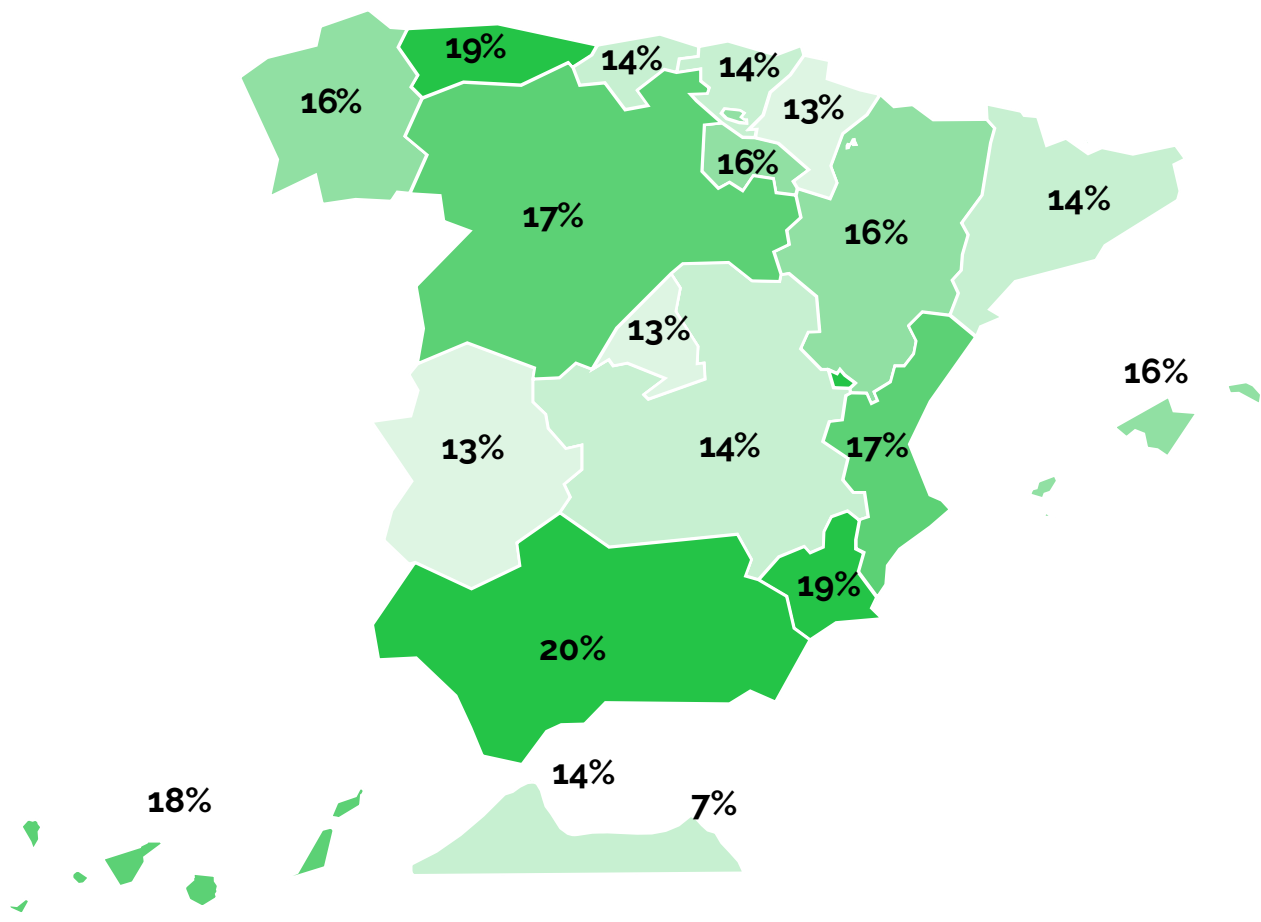
Porcentaje de personas que consumen diariamente fruta fresca, verduras y bebidas azucaradas, por clase social



La prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en España es alta, aunque con distribución desigual por comunidades autónomas. Por territorio, la obesidad crece desde el norte hasta el sur, con altas prevalencias en el noroeste, siendo Andalucía, Murcia, Valencia, Canarias y Asturias algunas de las regiones más afectadas por el problema de la obesidad.

A lo largo de las series históricas se constata a su vez un aumento importante de la obesidad, lo que indica la necesidad de una mejor vigilancia sistemática, especialmente en los grupos de población con mayor riesgo, así como la implementación de estrategias de prevención dirigidas a toda la población.

Porcentaje de personas con obesidad en España, por CCAA



*Instituto Nacional de Estadística, Estadística del Padrón Continuo 2021

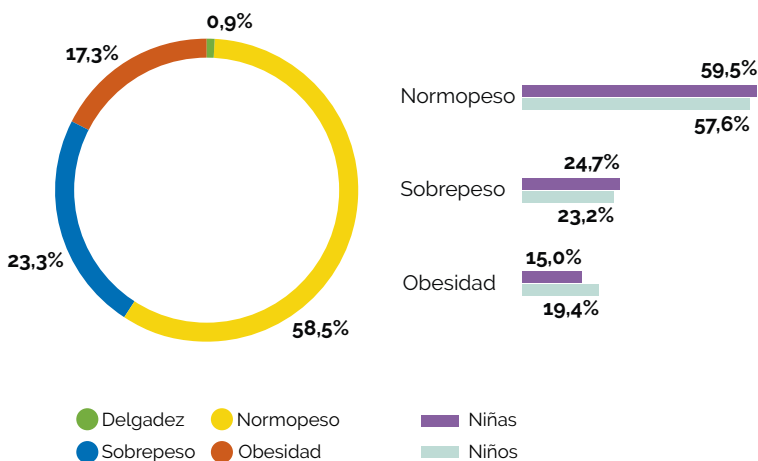
02.1.1.1/ Obesidad en niños/as (de 6 a 9 años) y adolescentes (de 8 a 16 años)

Al igual que ocurre con la obesidad y el sobrepeso en adultos, la obesidad y el sobrepeso en niños tiene nefastos efectos para la salud futura de los y las menores. Así, diversos estudios epidemiológicos han constatado una fuerte relación entre el sobrepeso y la obesidad en la infancia, y el desarrollo de diferentes enfermedades en la edad adulta, entre las que se encuentra la leucemia, la enfermedad de Hodgkin, y el cáncer colorrectal y de mama [12].

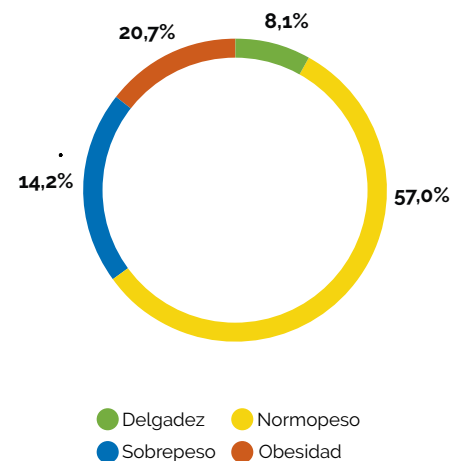
Estudios como ALADINO nos muestran no sólo que es un problema que se mantiene año a año (4 de cada 10 niños y más de un tercio de los adolescentes tienen un peso no adecuado), sino que también existe un fuerte gradiente social en el mismo: Mientras que la obesidad y el sobrepeso afectan a un tercio de los niños y niñas procedentes de familias con ingresos superiores a los 30.000 euros al año, este problema aumenta hasta casi la mitad de los niños y niñas cuyas familias ingresan menos de 18.000 euros al año.

Si vemos la evolución del problema a partir de los datos del informe PASOS, vemos que solo se reduce ligeramente el porcentaje de adolescentes con sobrepeso y obesidad.

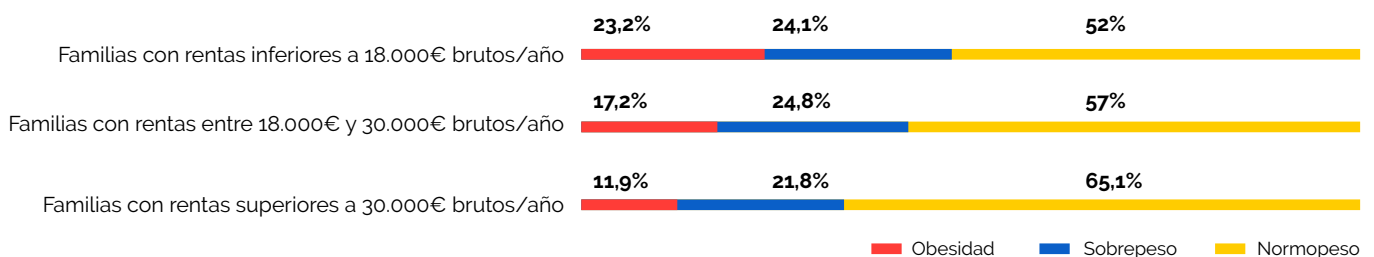
Porcentaje de obesidad en niños*, y cruce por sexo



Porcentaje de obesidad en adolescentes**



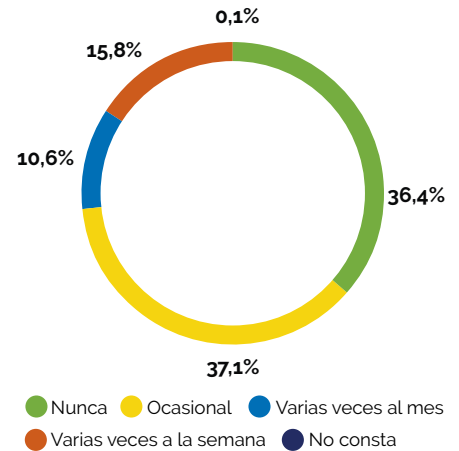
Porcentaje de obesidad en niños*, por ingresos de las familias



02.1.2/ Actividad física y sedentarismo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda ejercicio moderado para combatir el riesgo de mortalidad por enfermedades crónicas. Desde hace años, diferentes estudios han mostrado como la realización de ejercicio previene algunos tipos de cáncer (como el de colon [1], mama [2], endometrio [3] o estómago [4]), y es muy eficaz como parte del tratamiento en las personas diagnosticadas de cáncer de mama, colon y próstata [5].

Casi 25 millones de españoles mayores de 15 años, indica que realizan algún tipo de actividad física en su tiempo libre. Lo que representa un 63,5% de la población de más de 15 años en nuestro país. Pero aún 14.572.493 no realizan ningún tipo de actividad física.

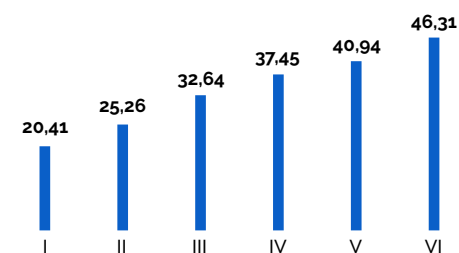


La inactividad física es más frecuente en mujeres, siendo su tasa de inactividad ocho puntos superiores a la de los hombres.

En España, la proporción de personas sedentarias (que no realizan ningún ejercicio físico en su tiempo libre) es muy alto, con diferencias por sexo, posición socioeconómica y edad. La inactividad física es más frecuente en mujeres, siendo su tasa de inactividad ocho puntos superior a la de los hombres. Las normas y estereotipos culturales, los roles tradicionales o la falta de apoyo social y comunitario pueden explicar en gran medida la menor participación de las mujeres en la actividad física.

Las tasas de sedentarismo también se relacionan con la edad: la proporción de la población que realiza algún tipo de actividad física disminuye en los grupos de edades más avanzadas. Se produce, por otra parte, una relación inversa entre clase social y sedentarismo. Existe más del doble de trabajadores/as con baja cualificación sedentarios en España, que de directivos y gerentes. Estos resultados coinciden con estudios a nivel nacional e internacional que constatan la evidencia de esta relación [6, 7, 8, 9, 10].

Porcentaje de personas sedentarias en España, por edad y sexo



Porcentaje de personas sedentarias en España, por clase social

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as
- VI. Trabajadores/as no cualificados/as

02.1.3/ Consumo de tabaco

El consumo de tabaco es la principal causa evitable de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo.

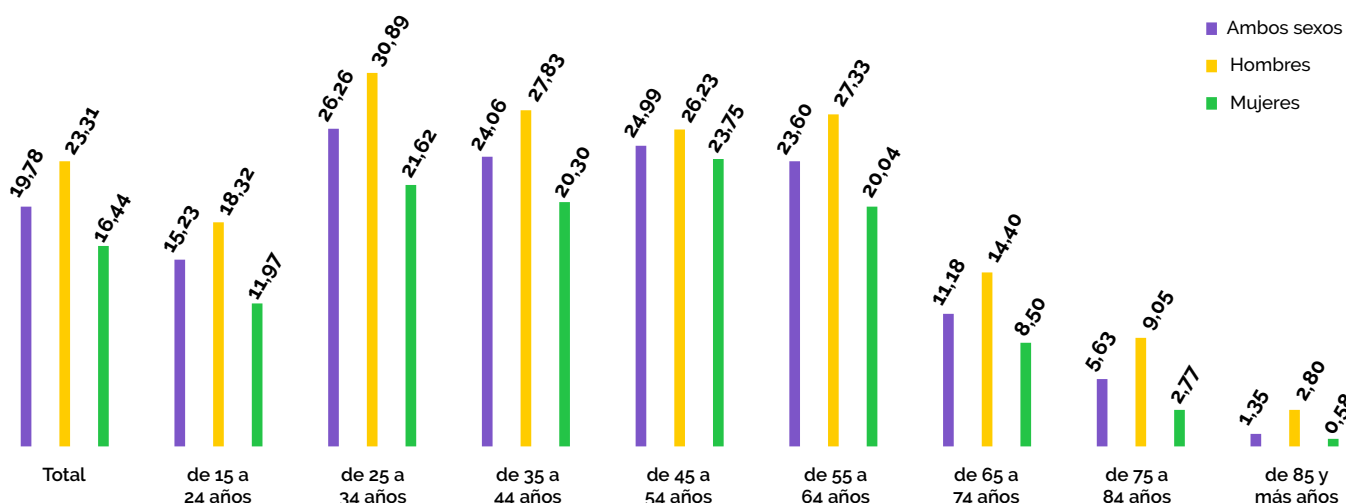
El tabaco es el principal factor de riesgo para tener cáncer de pulmón. Los fumadores también tienen mayor riesgo de padecer cáncer de boca, labios, lengua, laringe y faringe, cáncer de estómago, de esófago, de páncreas, de vejiga, de riñón, de cuello de útero, de colon y de recto, de hígado, de mama, de la cavidad nasal, de ovario y ciertas formas de leucemia. [1, 2, 3]. El tabaco se asocia, en definitiva, a más de 15 tipos de cáncer, y a más del 30% de los casos totales de cáncer. [4]

El consumo de tabaco provoca 52.000 muertes anuales en España, un país donde el 22% de la población sigue siendo fumadora. Lo que significa que cerca de 9 millones de españoles son fumadores. El consumo de tabaco en España se muestra en los siguientes indicadores:



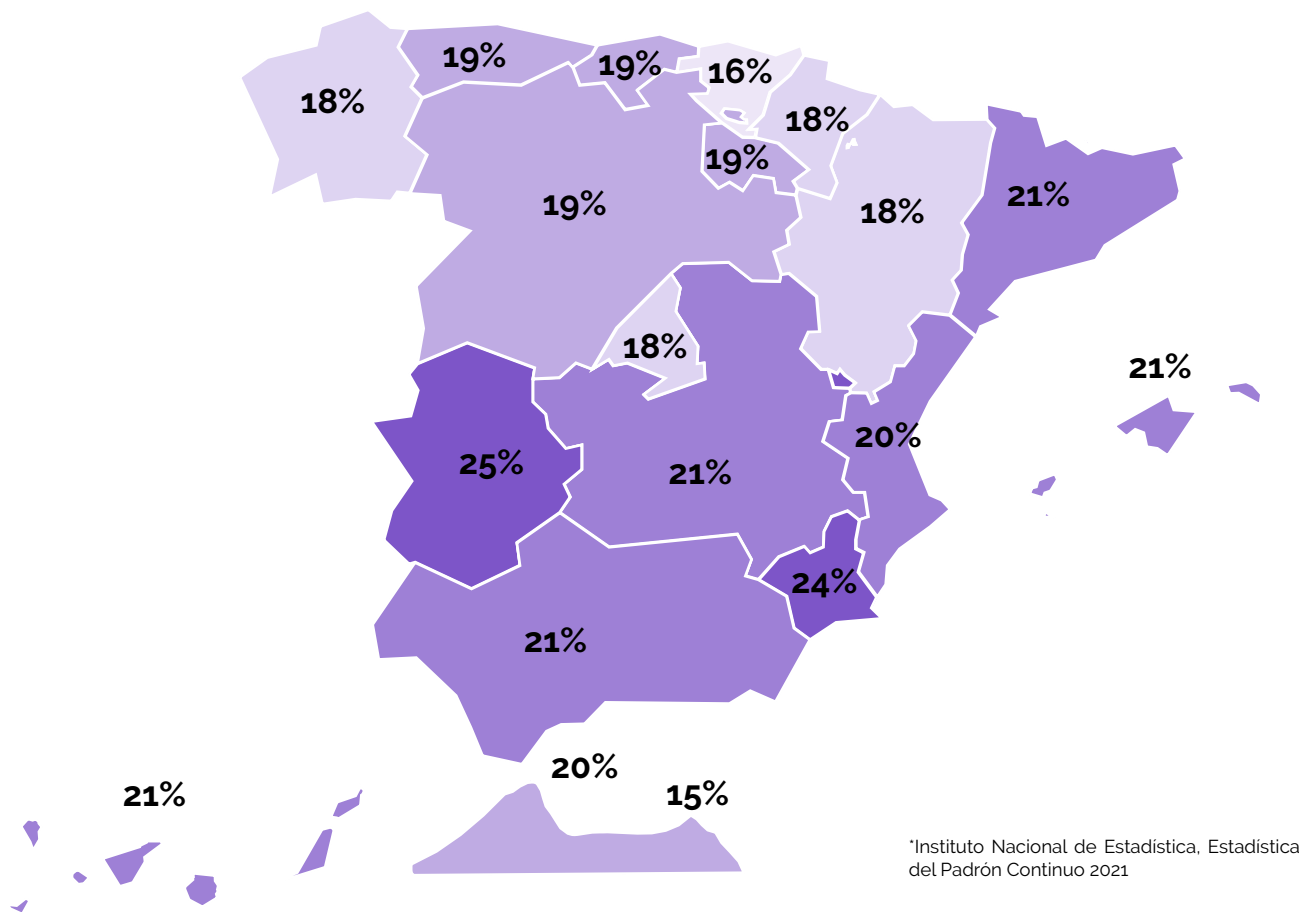
- La distribución de fumadores diarios por edad y sexo se detallan en el siguiente gráfico.
- La proporción de población que fuma a diario es un 20% de la población de más de 15 años, y aunque el consumo sigue siendo más elevado en los hombres que en las mujeres, las mujeres presentan un descenso en el consumo ligeramente más estancado (-2,2 puntos) que los hombres (-4,3 puntos) con respecto a la encuesta de 2014, y a lo largo de las series históricas. Vemos que la franja de edad que más fumadores concentra es la de 25 a 34 años en los hombres, y la de 45 a 54 en las mujeres.

Porcentaje de población que fuma a diario por sexo y edad

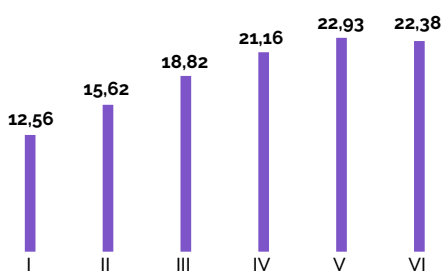


Las comunidades autónomas con mayor porcentaje de fumadores diarios fueron Extremadura, Región de Murcia y Andalucía. Por su parte, la ciudad autónoma de Melilla, País Vasco, Galicia y Comunidad de Madrid presentaron los porcentajes más bajos. El gradiente social se aprecia perfectamente en el consumo de tabaco a diario si lo observamos atendiendo a la clase social de la persona consumidora. Vemos que el consumo prácticamente se duplica al pasar de personas consumidoras a diario directoras y gerentes, a personas trabajadoras no cualificadas. Esto convierte en necesaria la mirada estructural a la hora de implementar acciones destinadas a la deshabituación tabáquica.

Porcentaje de personas fumadoras a diario en España, por CCAA



Por otra parte, el gradiente social se aprecia perfectamente en el consumo de tabaco a diario si lo observamos atendiendo a la clase social de la persona consumidora. Vemos que el consumo prácticamente se duplica al pasar de personas consumidoras a diario directoras y gerentes, a personas trabajadoras no cualificadas. Esto convierte en necesaria la mirada estructural a la hora de implementar acciones destinadas a la deshabituación tabáquica.



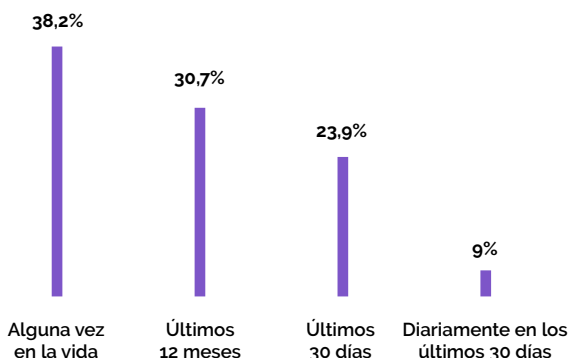
Porcentaje de población que fuma a diario por clase social

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias
- II Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico, Deportistas y artistas
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as
- VI. Trabajadores/as no cualificados/as

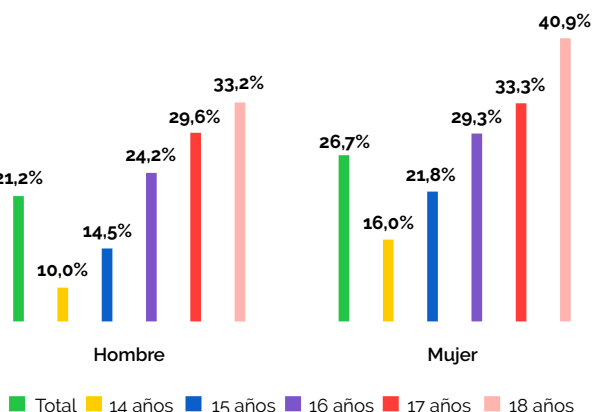
02.1.3.1/ Consumo de tabaco en adolescentes (de 14 a 18 años)

Y por último, observamos que las cifras de consumo de tabaco en adolescentes siguen siendo absolutamente preocupantes, además de atender a la feminización del consumo en edades más tempranas, superando las chicas a los chicos en todas las franjas de edad menores de 18 años. Más de 2 de cada 10 chicos y una cuarta parte de las chicas han consumido tabaco en el último mes desde la realización de la encuesta.

Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes por frecuencia de consumo

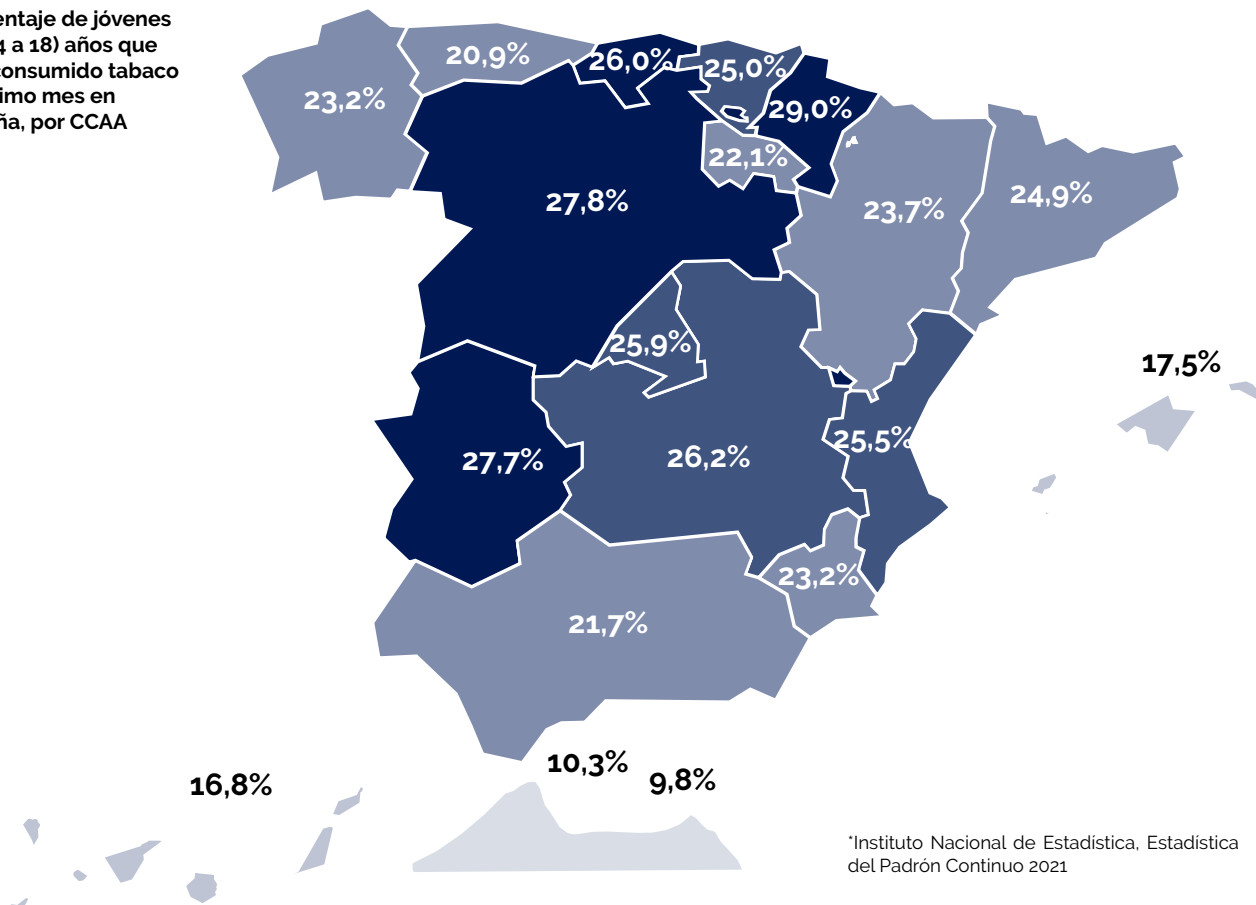


Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes en los últimos 30 días, por sexo y edad



Estos porcentajes también varían en función del territorio, con comunidades autónomas con un mayor porcentaje de jóvenes fumadores, como Navarra, Castilla y León, Extremadura o Castilla-La Mancha.

Porcentaje de jóvenes (de 14 a 18) años que han consumido tabaco el último mes en España, por CCAA

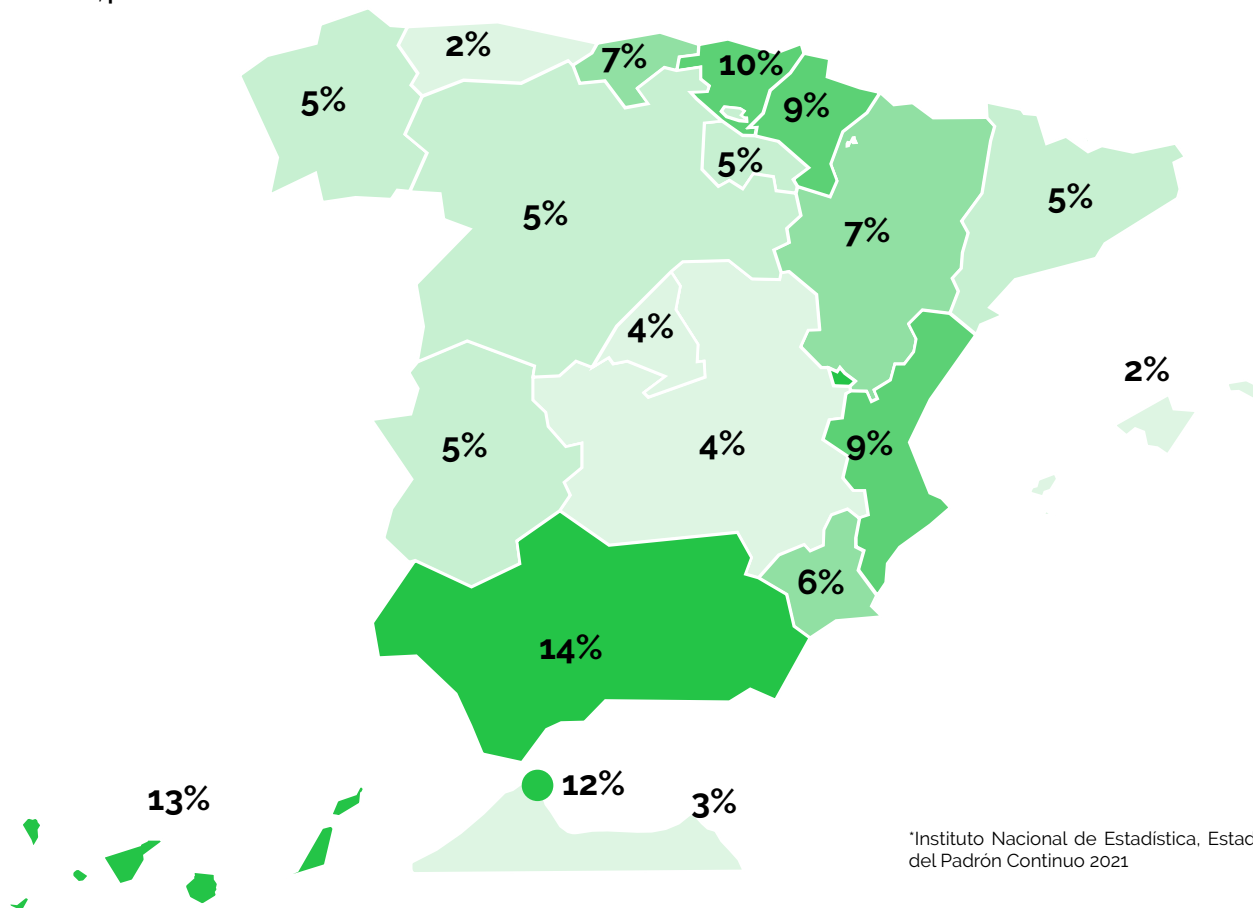


*Instituto Nacional de Estadística, Estadística del Padrón Continuo 2021

02.1.4/ La exposición al humo del tabaco

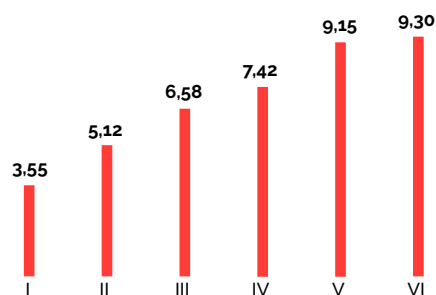
En cuanto a la exposición del humo del tabaco en espacios cerrados, aunque hay una clara evolución positiva en este indicador (especialmente a partir de la ley 42/2010 de espacios sin humos), pasando de un 48% de la población que no tenía una exposición diaria al humo en el año 2009, hasta un 92% en el año 2020; todavía queda un porcentaje importante de la población que tiene una exposición significativa al humo del tabaco, viéndose diferencias importantes entre las comunidades autónomas, pasando del 14% de la población andaluza con una exposición diaria al humo hasta el caso de Asturias, con un 2%.

Porcentaje de personas con exposición a diario al humo del tabaco en espacios cerrados, por CCAA



*Instituto Nacional de Estadística, Estadística del Padrón Continuo 2021

El gradiente social se aplica con mayor intensidad en el caso de la exposición al humo del tabaco en espacios cerrados (voluntaria o no), en el que dependiendo de la clase social de la persona se triplica la exposición, lo que tiene efectos tan perniciosos para la salud como el consumo de tabaco per se, aumentándose en un 30% el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas o de desarrollar una enfermedad pulmonar crónica.



Porcentaje de personas con exposición a diario al humo de tabaco en espacios cerrados, por clase social

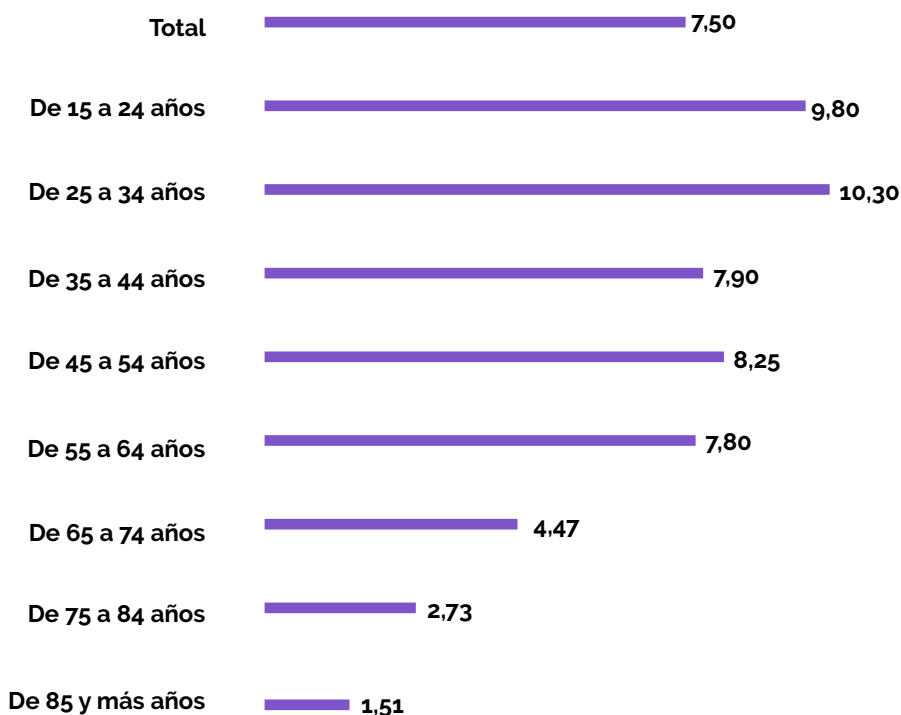
- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as
- VI. Trabajadores/as no cualificados/as

* Instituto Nacional de Estadística. INE base. Encuesta Europea de Salud en España 2020

Vemos que la exposición al humo en espacios cerrados se concentra en las franjas de edad más jóvenes, llegando a una exposición diaria al humo del tabaco en espacios cerrados de uno de cada diez jóvenes. Si tenemos en cuenta también la exposición en espacios públicos, esa exposición al humo aumenta exponencialmente, llegando a afectar al 43% de los menores de 12 años en España [4]

Además, sabemos por estudios propios [5] que alrededor de un 54% de los adultos fuma en presencia de menores en espacios públicos como terrazas y restaurantes, o la vía pública.

Porcentaje de personas con exposición a diario al humo del tabaco en espacios cerrados, por edad

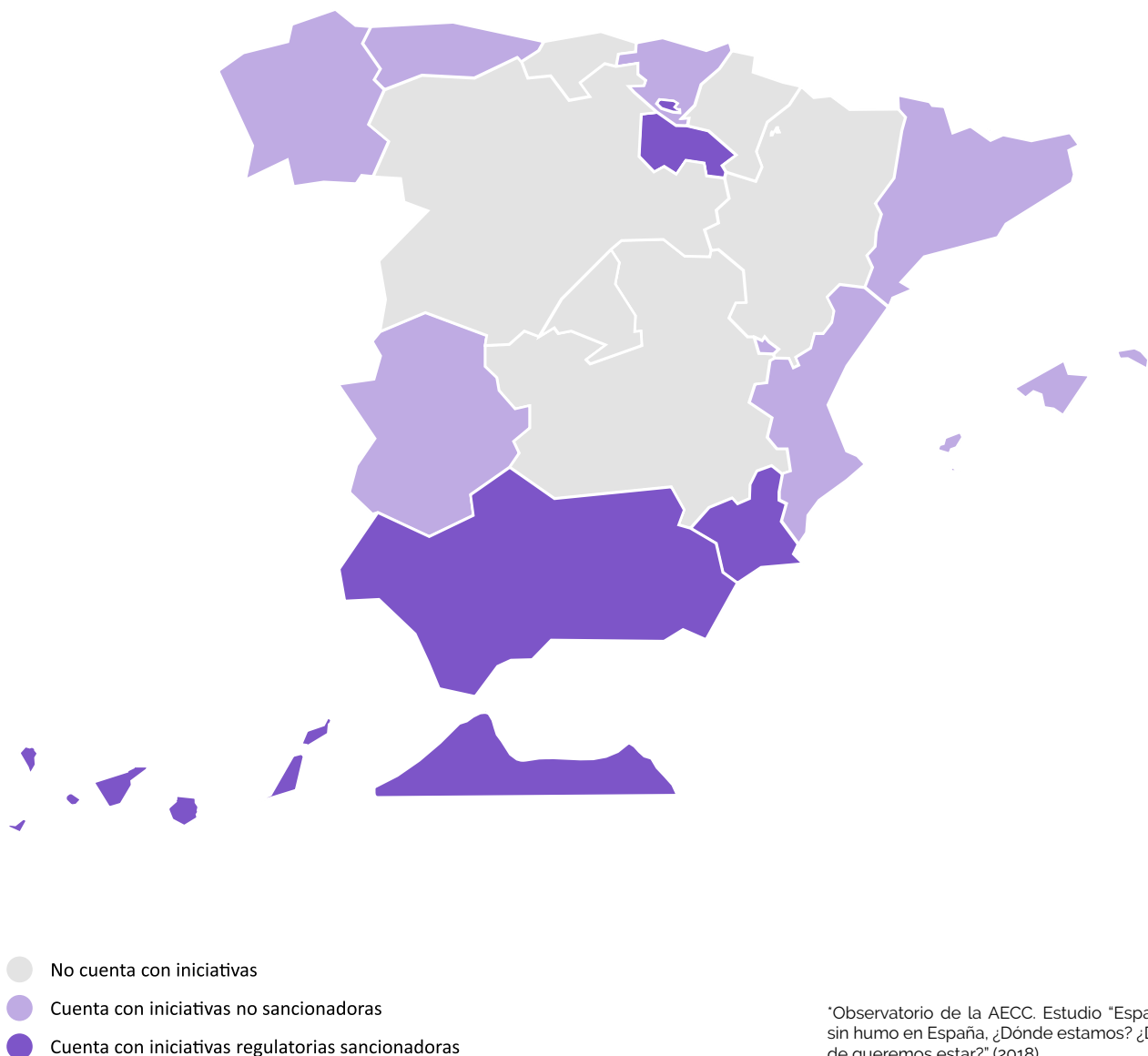


* Instituto Nacional de Estadística. INE base. Encuesta Europea de Salud en España 2020

Además de la ley 42/2010 de espacios sin humo, ya mencionada, cabe destacar las distintas iniciativas regulatorias (con régimen sancionador o no) que las distintas comunidades autónomas han llevado a cabo para proteger distintos espacios sin humo dentro de sus respectivos territorios. No obstante, vemos que son aproximadamente la mitad de comunidades las que ya han comenzado con este debate público, mientras que la otra mitad todavía no lo han llevado a sus respectivos espacios de deliberación pública.

Resulta fundamental ampliar el debate público sobre los espacios sin humo, puesto que se ha demostrado que la exposición al humo del tabaco ajeno lleva aparejado el consumo de más de 7.000 químicos, más de 70 de los cuales son cancerígenos y están relacionados con el cáncer de pulmón, laringe y mama [1].

Desarrollo de iniciativas sobre espacios sin humo, por CCAA



*Observatorio de la AECC. Estudio "Espacios sin humo en España, ¿Dónde estamos? ¿Dónde queremos estar?" (2018)

02.1.5/ Consumo de alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de padecer entre otros, cáncer de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colorrectal y mama [1,2]. En el caso del cáncer de hígado esta asociación es muy importante sobre todo a través del desarrollo previo de cirrosis hepática.

Respecto al cáncer de mama el interés de esta relación radica en que el consumo de pequeñas cantidades de alcohol (tan sólo 10 gr/día) se asocia con un aumento del riesgo de esta enfermedad, cuando se comparan mujeres bebedoras y no bebedoras. El consumo de alcohol está asociado al 7% de los casos de cáncer [3].

Si al consumo habitual de bebidas alcohólicas le añadimos el de tabaco, se multiplica el riesgo de padecer algunos de estos cánceres entre 10 y 100 veces respecto a las personas que nunca han fumado ni bebido.

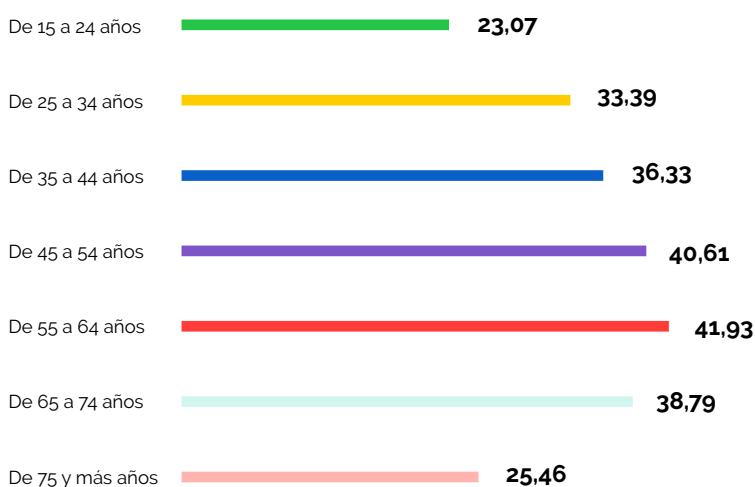
La cantidad ingerida de alcohol unida a una dieta pobre en verduras, hortalizas y fruta, común en los bebedores habituales, desempeña también un papel importante en el aumento del riesgo.

En España, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, un 35,1% de los españoles son consumidores habituales de alcohol (diariamente, o varias veces por semana). El 24,4% de las mujeres y el 46,4% de los hombres. Además, los consumidores habituales se concentran en la franja de 55 a 64 años.

% Consumidores habituales alcohol **35,1%**



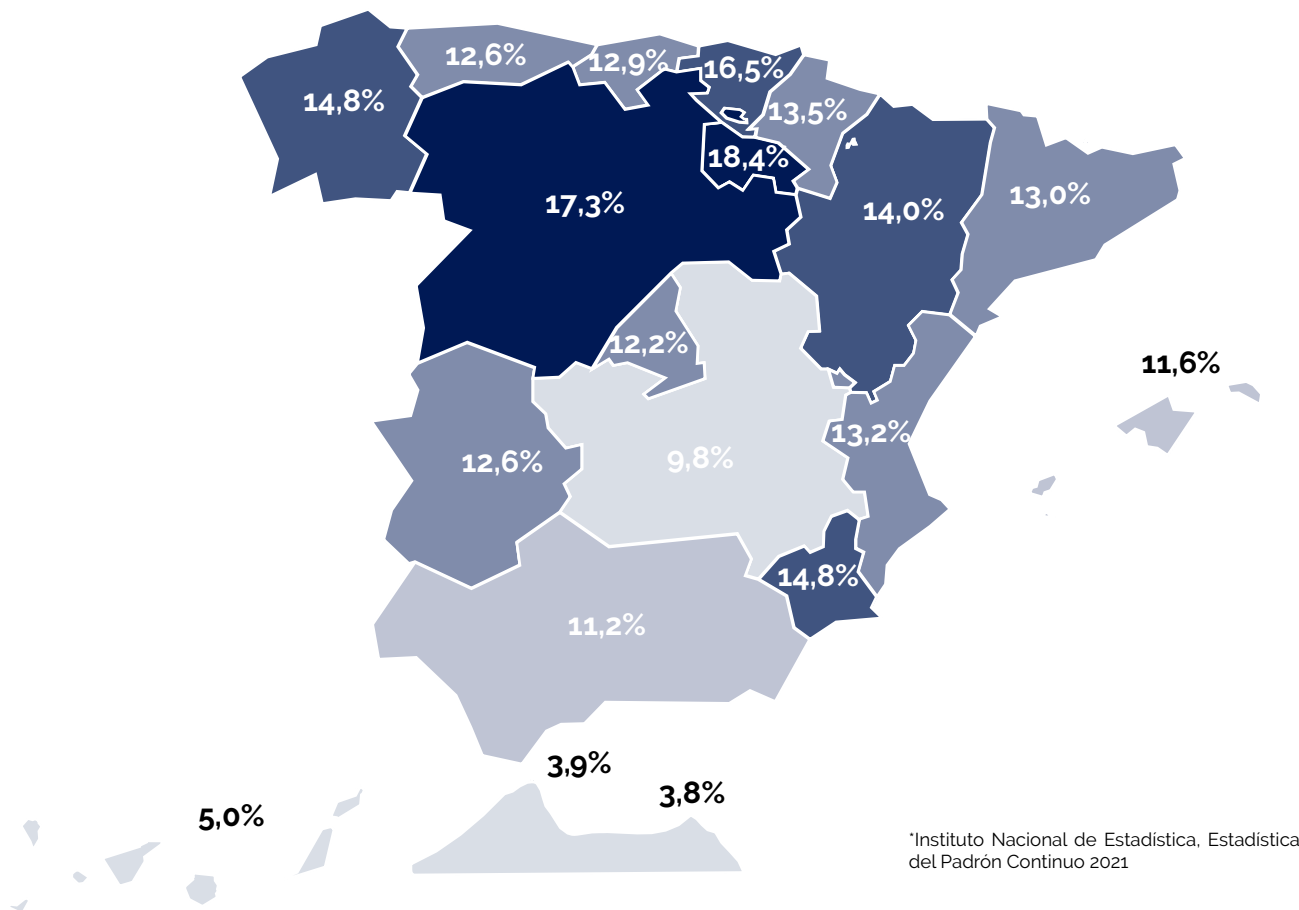
Consumo habitual de alcohol por franja de edad



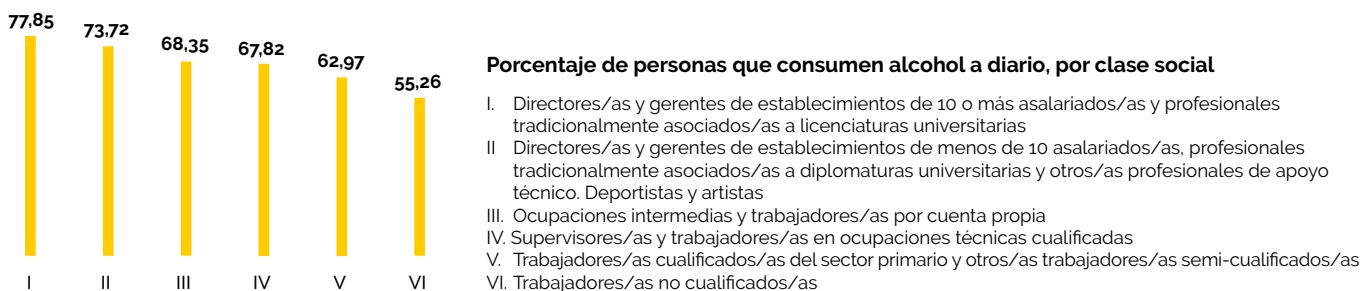
* Instituto Nacional de Estadística. INE base. Encuesta Europea de Salud en España 2020

Por comunidad autónoma, vemos diferencias importantes en el consumo diario de alcohol. Mientras que el consumo de tabaco se concentraba prioritariamente en el sur de España, el consumo diario de bebidas alcohólicas tiene ejemplos destacados en el norte, como Castilla y León, País Vasco y la Rioja.

Porcentaje de personas bebedoras a diario en España, por CCAA



En el caso del consumo habitual del alcohol, el gradiente social es inverso al resto de factores de riesgo que hemos estado analizando hasta ahora. Si bien el consumo de grandes cantidades de alcohol durante los fines de semana sigue concentrándose en los estratos sociales menos favorecidos, el consumo habitual (que es un factor de riesgo para el desarrollo de distintos tipos de cáncer) encuentra más de 20 puntos de diferencia entre los/as directivos y gerentes y los/as trabajadores/as no cualificados.



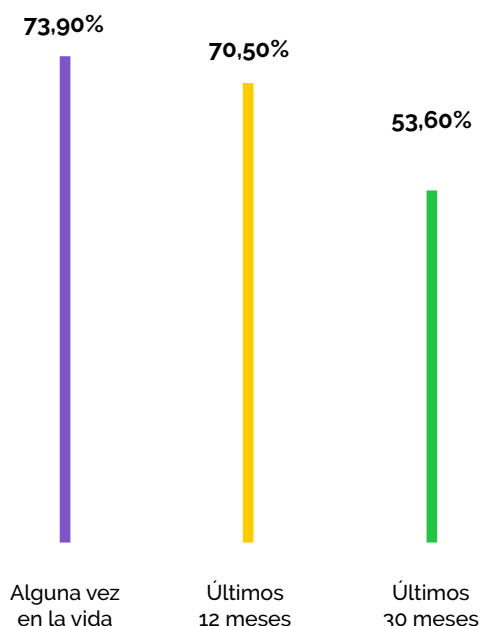
* Instituto Nacional de Estadística. INE base. Encuesta Europea de Salud en España 2020

02.1.5.1/ Consumo de alcohol en adolescentes (de 14 a 18 años) y frecuencia de “binge drinking” en los últimos 30 días

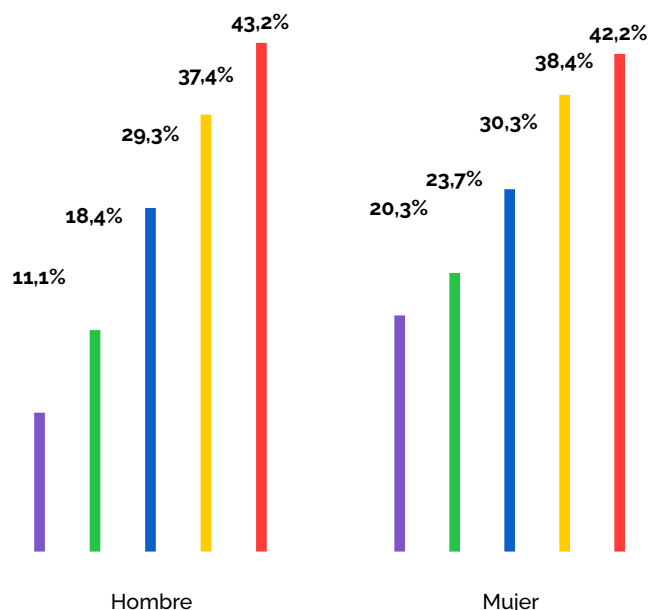
El alcohol sigue siendo la droga más consumida por los jóvenes. Si atendemos a los datos de ESTUDES, es, además, la que tiene una edad de inicio de consumo más temprana (14 años), siendo aproximadamente un año más tarde cuando se registra el inicio del consumo semanal de alcohol (en torno a los 15 años de media).

Si observamos además el consumo problemático de alcohol en adolescentes, vemos que, al contrario que en la población general, la tendencia al consumo en botellones, borracheras o “binge drinking” es más habitual en mujeres jóvenes, hasta la franja de los 18 años.

Porcentaje de consumo por frecuencia



Frecuencia de “binge drinking” en los últimos 30 días, por sexo y edad

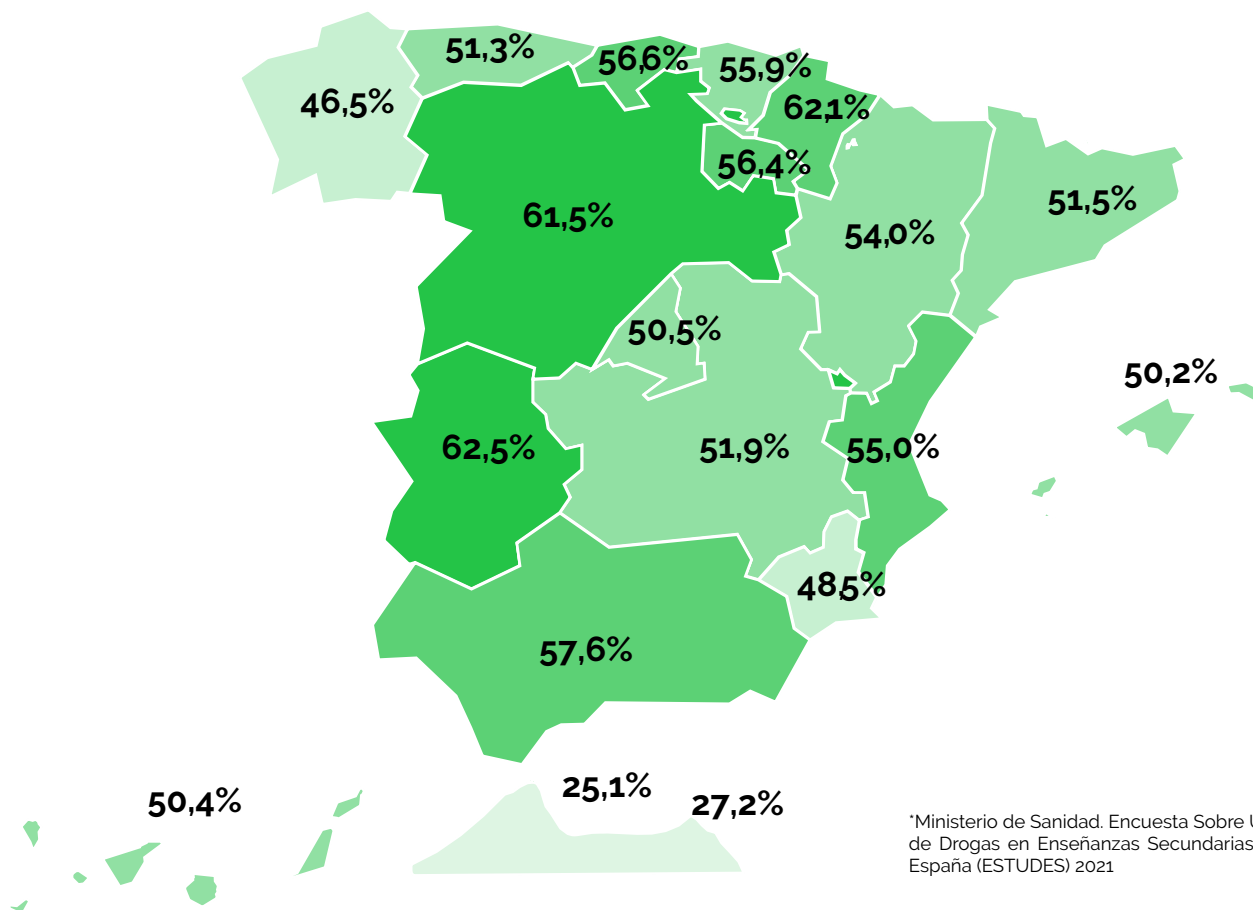


*Ministerio de Sanidad. Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 2021

■ 14 años ■ 15 años ■ 16 años ■ 17 años ■ 18 años

También podemos observar, en el consumo de alcohol de los jóvenes, diferencias significativas en el consumo habitual (definido aquí como haber consumo al menos una bebida alcohólica en el último mes). Vemos que hay comunidades autónomas significativamente por encima de la media nacional, como Extremadura, Navarra, Castilla y León o Andalucía.

Porcentaje de jóvenes (de 14 a 18) años que han consumido alcohol el último mes en España, por CCAA



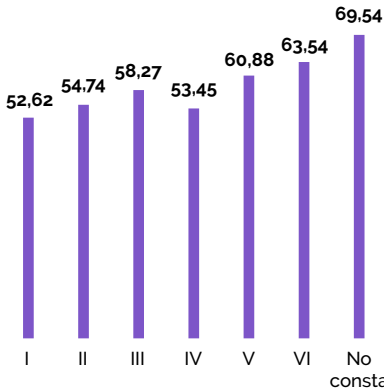
02.2/ Para detectarlo precozmente

02.2.1/ Prueba de sangre oculta en heces

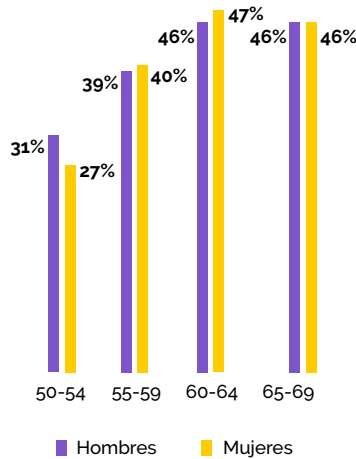
La prueba de sangre oculta en heces es la principal prueba para la detección precoz del cáncer de colon en la población de riesgo, personas entre 50 y 69 años. El programa de detección precoz del cáncer de colon está implantado de manera desigual en España y se da la circunstancia de que hay Comunidades Autónomas cuya población accede a estos programas con una tasa de participación superior al 65% como País Vasco; y otras que necesitan seguir avanzando para que en su territorio todas las personas en edad de riesgo puedan acceder a estos programas de cribado.



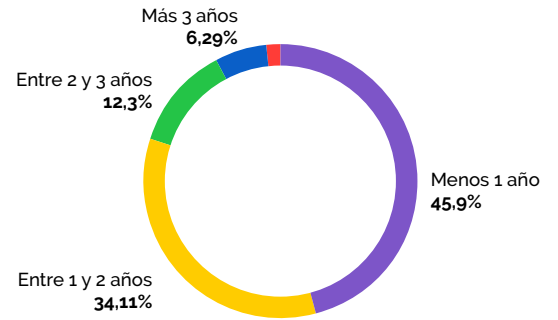
Porcentaje de personas (50-69 años) que nunca se han realizado una prueba SOH, por clase social



% Pruebas por edad



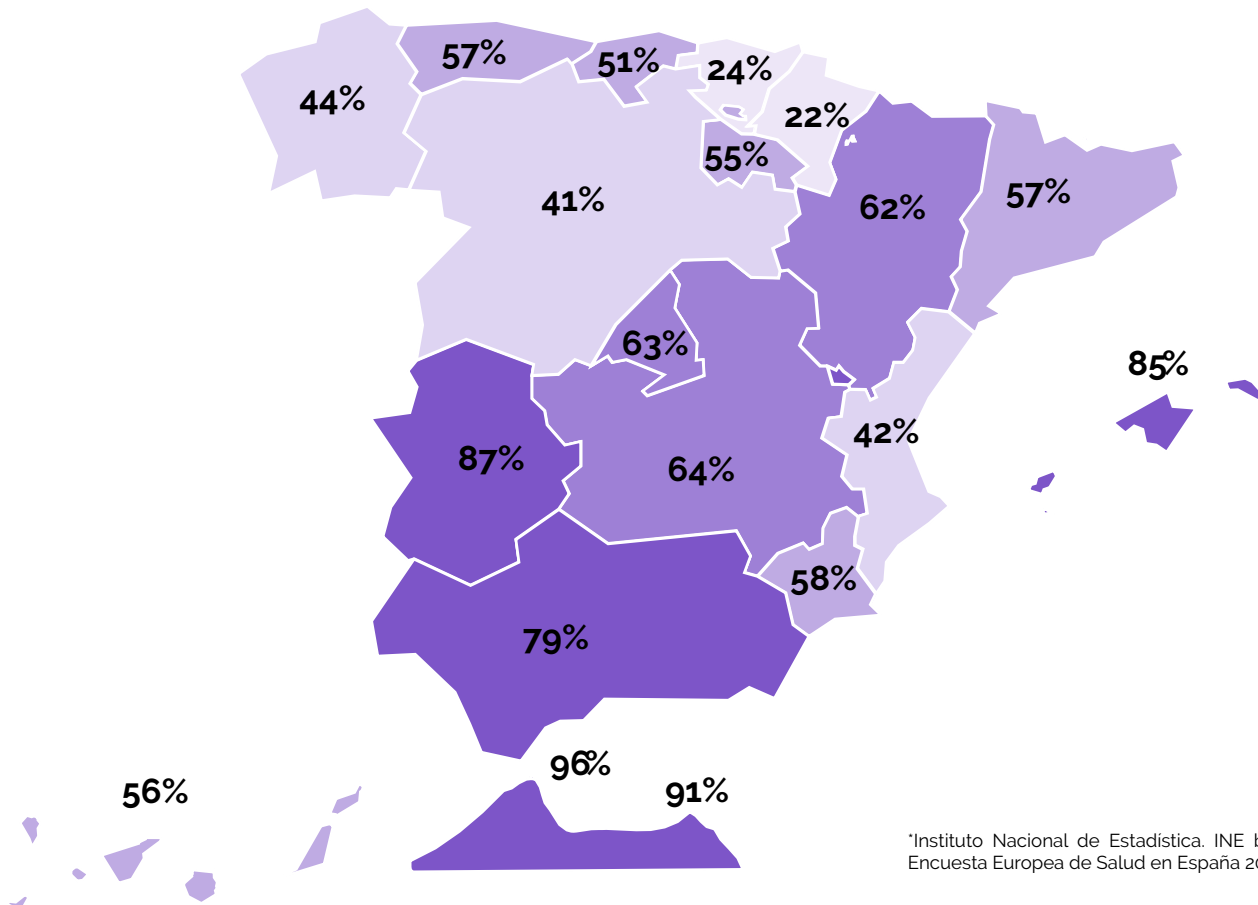
Última prueba realizada



*Instituto Nacional de Estadística. INE base. Encuesta Europea de Salud en España 2020.

Por otro lado, como hemos adelantado, en los últimos años se han ido incorporando territorios progresivamente a los programas de cribado poblacional de cáncer de colon de las distintas comunidades autónomas; pero como podemos ver por el porcentaje de personas en las edades objetivo que nunca se han realizado la prueba; encontramos una diferencia de más de 70 puntos porcentuales entre los territorios que tienen peores indicadores aquellos que tienen mejores datos.

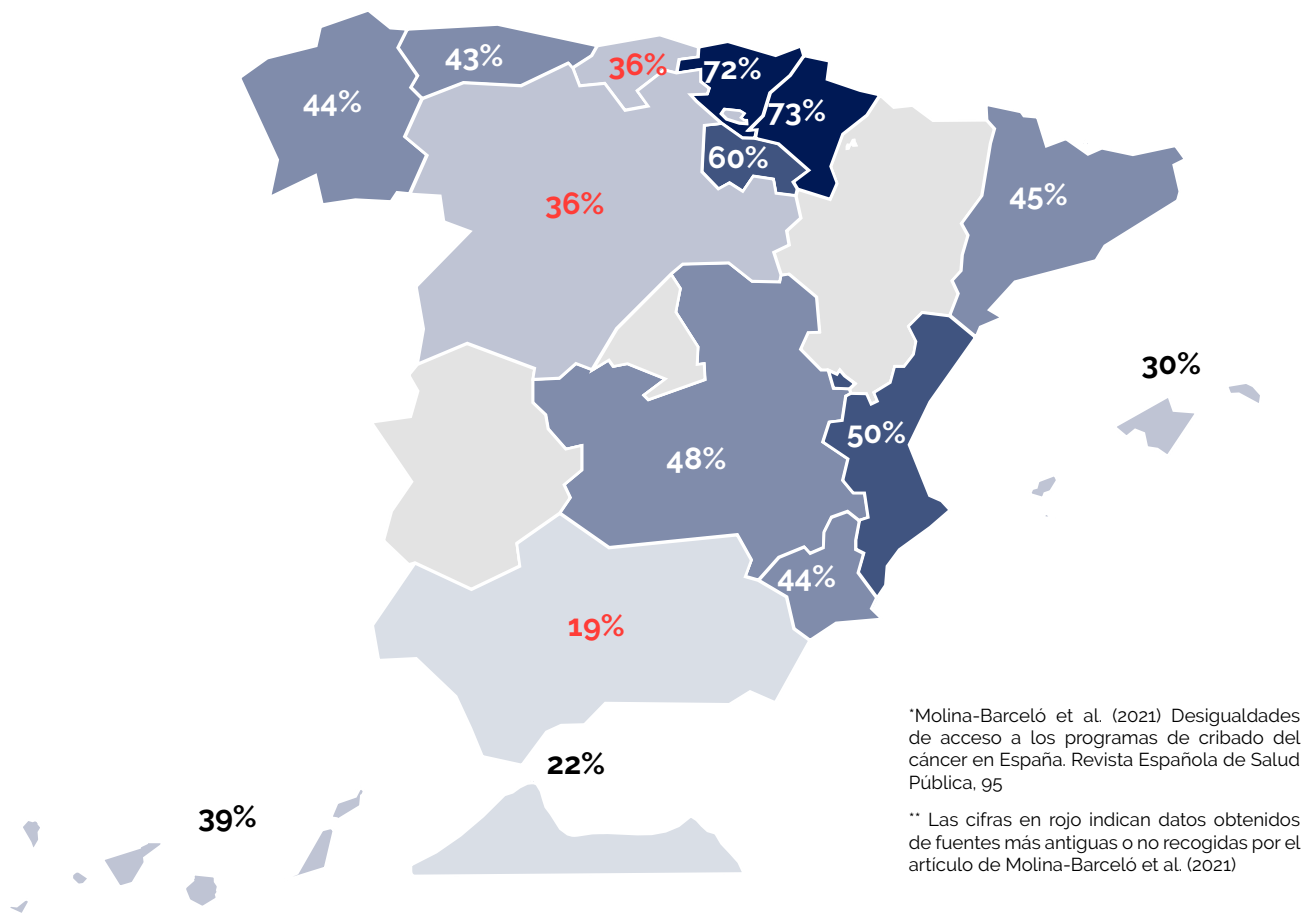
Porcentaje de personas de entre 50 y 69 años que nunca se han realizado una prueba de Sangre Oculta En Heces (SOEH), por CCAA



*Instituto Nacional de Estadística. INE base. Encuesta Europea de Salud en España 2020.

Una parte de la explicación la obtenemos si buscamos los datos que ofrecen las propias comunidades autónomas sobre el grado de implementación y éxito de sus programas de cribado, tal y como recogen distintos estudios [2]. En el mapa de abajo podemos ver el porcentaje de participación que las distintas comunidades autónomas han ofrecido sobre sus programas de cribado, aunque hay comunidades que no han liberado datos al respecto (como Extremadura, Madrid y Aragón) y otras cuyos datos son antiguos o han sido recogido de otras fuentes (como Andalucía, Castilla y León o Cantabria).

Porcentaje de personas en la franja de edad objetivo que han participado en los programas de cribado de cáncer de colon mediante prueba de Sangre Oculta En Heces (SOEH), por CCAA



02.3/ Para afrontar su impacto

02.3.1/ Impacto económico y laboral

El diagnóstico de cáncer está asociado a una amenaza para la salud con repercusiones en todas las esferas de la vida de la persona enferma y de sus familiares. Dichas consecuencias se ven significativamente moduladas en función de la situación en la que la persona se encuentra cuando es diagnosticada de cáncer. Sin duda, su situación sociolaboral en el momento del diagnóstico condiciona claramente las consecuencias que la enfermedad va a tener en los diferentes aspectos de su vida; pudiendo resultar este diagnóstico un causante y/o agravante de riesgo socioeconómico para la subsistencia de la persona y su familia [2].

Así pues, se estima que el 10% de las personas que han sido diagnosticadas de cáncer en España, durante el año 2021, tenían una situación de vulnerabilidad socioeconómica en el momento del diagnóstico. La incidencia de cáncer en personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica en España es de 28.180.

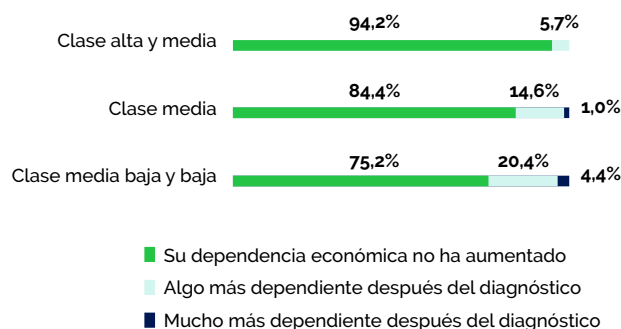
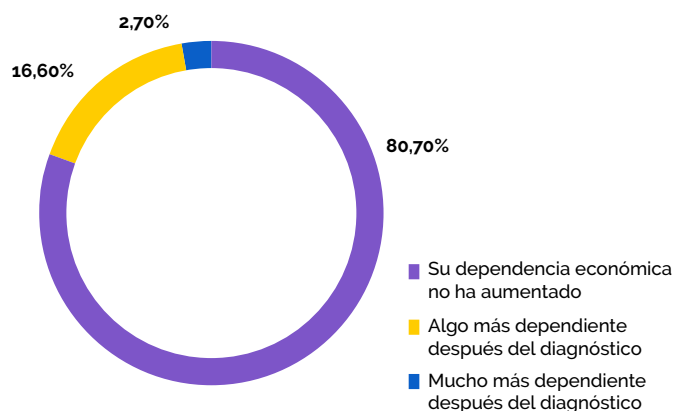
Indicadores de vulnerabilidad laboral

Indicadores sobre cáncer y aspectos sociales	Total	Hombres	Mujeres
Personas diagnosticadas en situación de desempleo	10.488	4.849	5.639
Personas trabajadoras por cuenta propia diagnosticadas con cáncer	13.040	8.896	4.145
Personas trabajadoras por cuenta ajena con rentas inferiores al SMI y diagnosticadas con cáncer	4.652	1.671	2.981

Datos referidos a la EPA del 3^{er} trimestre del año 2021

Además, sabemos que a partir de un diagnóstico de cáncer, la situación laboral de muchas personas se ve empeorada, bien porque se vean obligadas a abandonar su trabajo o hacer un cambio del mismo, bien porque tengan que reducir el número de horas trabajadas, con la consecuente pérdida de ingresos. Esto hace que su dependencia económica de terceras personas (como familiares y amigos) aumente significativamente en casi un 20% de los casos [2]. No obstante, si atendemos a la clase social de la persona diagnosticada, esta dependencia económica a raíz del diagnóstico pasa de apenas un 6% en el caso de los estratos sociales más altos a casi un 25% de la clase media baja y baja.

Aumento en la dependencia económica de las personas a partir del diagnóstico de cáncer



*Observatorio del Cáncer de la AECC. Estudio de Toxicidad Económica del Cáncer 2018.

02.3.1.1/ La toxicidad del cáncer en España

La toxicidad económica del cáncer hace referencia a los costes económicos, directos e indirectos, que van aparejados a un diagnóstico de cáncer. Así, lo que pudiera parecer una serie de pequeños y medianos gastos con poca importancia, cuando lo vemos de manera conjunta a lo largo del proceso del tratamiento se convierte en un coste que a muchas personas diagnosticadas les implica un enorme esfuerzo acometer. De esta manera, a partir de un estudio elaborado por Observatorio [2], sabemos que un 16,5% de los hogares entrevistados han pagado más de 10.000€ de gastos directos producidos por la enfermedad. Además, cuando se considera el esfuerzo en cuidado al paciente y ayuda al hogar, se puede afirmar que un 41% de los hogares entrevistados han hecho un esfuerzo superior a los 10.000€. Por último, sabemos que sin las aportaciones económicas de la Seguridad Social, los seguros privados, las ONGs y las familias, la cifra de hogares que han soportado un sufrimiento económico superior a los 10.000€ sería del 68%.

Porcentaje de personas diagnosticadas de cáncer que tienen que se encuentran en una determinada franja de gasto (columnas) a raíz de su enfermedad, para cada una de las partidas (filas)

	0 €	1 a 300€	301 a 1.000€	1.001 a 5.000€	5.001 a 10.000€	10.001 a 25.000€	25.001 a 50.000€	>50.000€
Gastos médicos	4,7%	16,8%	24,6%	39,1%	8,5%	4,9%	1,2%	0,2%
Obras y equipamiento	43,2%	26,0%	18,2%	11,2%	1,1%	0,3%	0,0%	0,0%
Farmacia	2,3%	32,4%	32,6%	27,4%	3,7%	1,3%	0,3%	0,0%
Asistencia en hogar	80,9%	2,0%	2,7%	7,7%	1,9%	3,3%	0,6%	0,9%
Total gastos	0,0%	3,6%	19,3%	41,8%	18,8%	11,7%	3,2%	1,6%
Pérdida de ingresos	46,0%	2,1%	5,9%	11,4%	4,1%	10,5%	7,8%	12,2%
Impacto negativo con ayuda	2,9%	1,2%	11,0%	30,5%	13,5%	15,8%	10,2%	14,9%
Ayudas, pensiones y seguros	67,3%	0,0%	3,3%	5,7%	3,6%	4,6%	3,8%	11,7%
Ayuda de familiares en el hogar	25,3%	0,0%	2,4%	24,8%	6,7%	22,5%	6,4%	11,9%
Impacto negativo sin ayuda	1,4%	0,6%	4,9%	9,2%	15,9%	19,6%	14,4%	34,0%
Total gastos pagados y ocultos	0,0%	2,1%	8,3%	18,5%	18,9%	25,3%	12,8%	14,0%

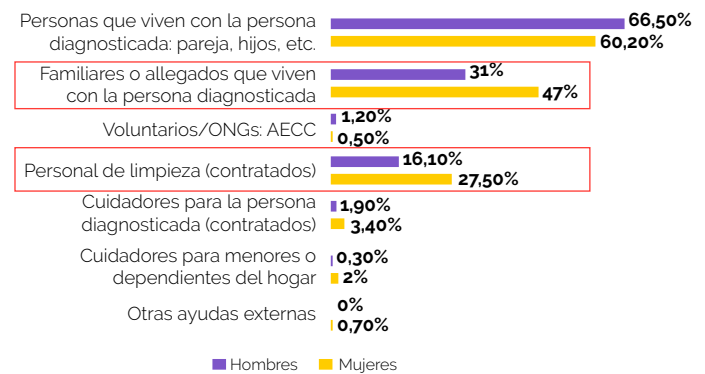
No obstante, a partir del mismo estudio [2] podemos ver que no todas las dimensiones de la toxicidad económica del cáncer impactan de la misma manera entre hombres y mujeres. Vemos, por ejemplo, que el porcentaje de hombres que no ha necesitado de algún tipo de ayuda adicional a raíz del diagnóstico es de 12 puntos superior al de las mujeres. Esto encuentra su explicación en que las mujeres siguen haciéndose cargo de los trabajos de cuidados, gestión y mantenimiento dentro del hogar; muchas veces invisibilizados, pero que se evidencian a partir de un diagnóstico de cáncer.

De esta manera podemos explicar las diferencias que encontramos en los siguientes gráficos, como el origen de la ayuda a la persona diagnosticada dependiendo del sexo del / la paciente. Vemos que hay más de 15 puntos de diferencia en los casos que la ayuda procede de una familiar de la paciente que no vive con esa persona (generalmente una hermana/madre que se traslada a casa, eventual o permanentemente), y más de 10 puntos en que la ayuda procede de personal contratado; entre mujeres y hombres. De ahí que haya casi el doble de casos en los que el diagnóstico implica un cambio de domicilio (propio de la paciente, o de un/a familiar para prestar ayuda) en el caso de las mujeres que de los hombres; y que esto implique un nivel de gasto mucho más elevado: las mujeres están casi 10 puntos más en la franja superior de gasto (más de 10.000 euros) a partir de la enfermedad.

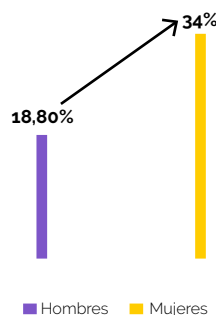
Porcentaje de personas diagnosticadas que han necesitado ayuda y cuidados adicionales a raíz del diagnóstico



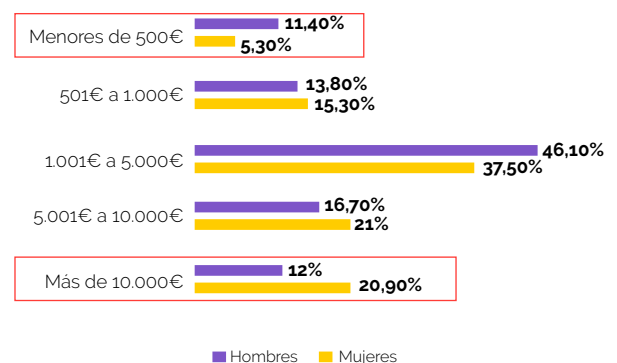
Origen de la ayuda y cuidados a la persona diagnosticada



Porcentaje de pacientes en los que hay un cambio de domicilio (propio o de un familiar) para recibir cuidados



Desglose de gastos pagados a raíz del diagnóstico



*Observatorio del Cáncer de la AECC. Estudio de Toxicidad Económica del Cáncer 2018.

02.3.2/ Impacto social

La soledad se ha convertido en unos de los principales desafíos de las sociedades occidentales. En las bases de la soledad encontramos numerosas razones, pero podemos destacar los recientes cambios demográficos y factores sociales como especialmente relevantes. Los cambios demográficos son consecuencia de dos hechos clave, como son el decremento de las tasas de natalidad y el incremento de la esperanza de vida. En el contexto social, factores como el surgimiento de nuevos modelos familiares, crisis en los sistemas de cuidados, la desprotección familiar y las dificultades para conciliar vida familiar y laboral.

La soledad es un problema relevante para toda la población, especialmente para las personas mayores, ya que las situaciones de soledad no deseada tienen un fuerte impacto en la salud física, emocional, y se han encontrado relaciones significativas con peores hábitos de alimentación y consumo de tabaco y alcohol [1, 2]. Según la Encuesta Continua de Hogares del INE el número de hogares unipersonales alcanza los 4.889.900 como valor estimado en 2021, lo que supone el 26,1% del total de hogares. Por otra parte, 2.131.400 (un 11,4% de todos los hogares) correspondían a personas solas de 65 o más años.

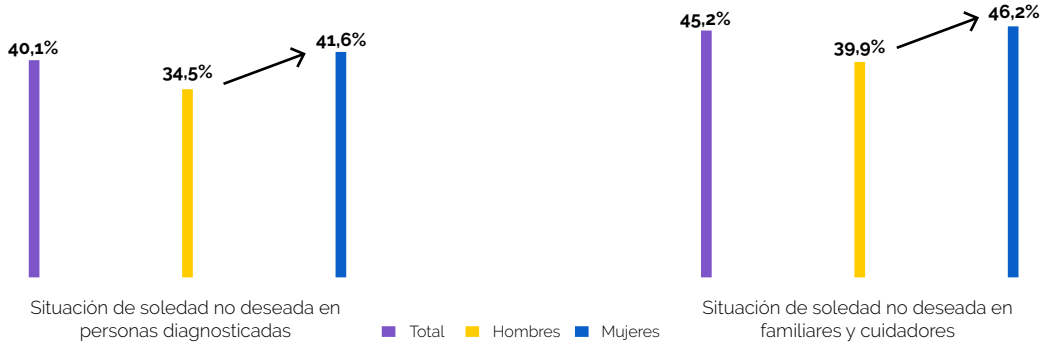
Muchas personas que son diagnosticadas de cáncer viven solas. Se estima que alrededor de 48.508 personas que viven solas son diagnosticadas de cáncer cada año. El colectivo que más crece entre las personas que viven en hogares unipersonales es el de las mujeres mayores de 65 años con diagnóstico de cáncer. A este dato se suma el importante número de hogares en los que conviven una pareja mayor de 65 años en los que uno de los miembros recibe un diagnóstico del cáncer. Concretamente, un total 69.032 hogares en España.

En España, se estima que 48.508 personas diagnosticadas de cáncer cada año viven solas. A ellos, se suman 69.032 nuevos diagnósticos en parejas mayores de 65 años, que pueden encontrar situaciones demográficamente similares.



No obstante, la soledad demográfica (el hecho de vivir en soledad, sea por elección propia o de manera involuntaria) no es equivalente al concepto de soledad no deseada, pese a que guarda una estrecha relación. Pueden darse situaciones de soledad no deseada en personas que viven acompañadas porque no se sienten suficientemente apoyadas, comprendidas, integradas, etc. Por ello, desde Observatorio se realizó un estudio [3] en el que se preguntó a personas diagnosticadas de cáncer y a sus familiares por seis dimensiones diferentes de la soledad no deseada. A partir de sus resultados vimos que es un problema muy significativo entre los y las pacientes y sus familiares, y con mucha mayor gravedad entre las mujeres; algo que puede afectar incluso a la gravedad de su pronóstico [4].

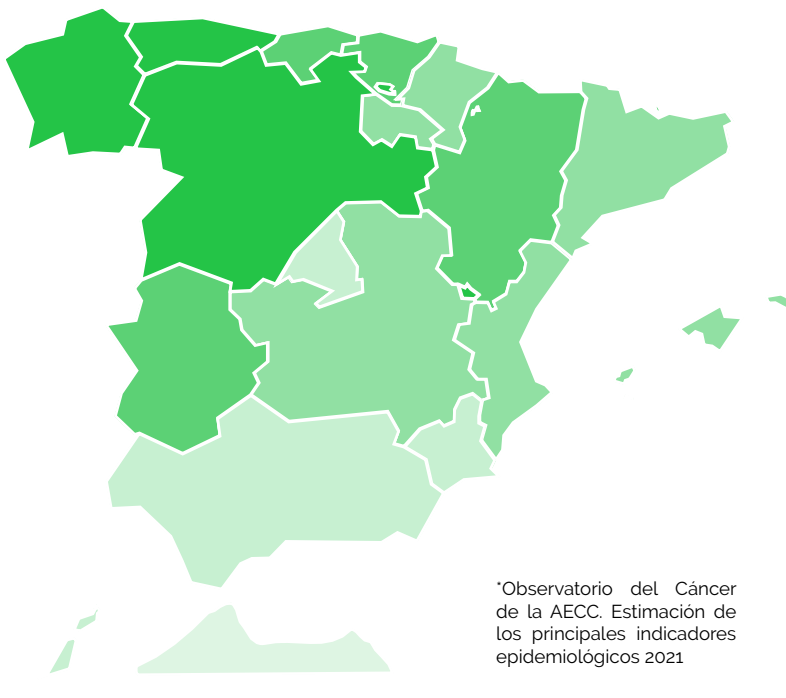
Situación de soledad no deseada (puntuación de 13 o más en la escala ULS-6)



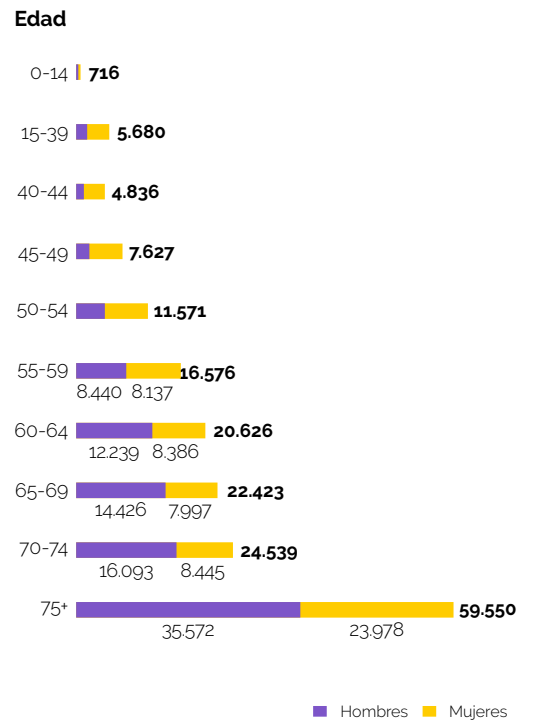
*Observatorio del Cáncer de la AECC. Estudio sobre malestar psicológico en pacientes de cáncer, 2020

02.3.3/ Impacto emocional

De acuerdo a la literatura especializada, sabemos que un diagnóstico de cáncer lleva aparejado un nivel de malestar emocional muy significativo en más de la mitad de los y las pacientes; malestar que llega a necesitar de intervención clínica en aproximadamente el 30% de los casos [1]. Si tomamos los datos de las personas que han sido diagnosticadas en los últimos 3 años, esto significa más de 174.000 pacientes en 2021 con necesidades de intervención clínica por parte de profesionales. Además, sabemos que las necesidades psicológicas de sus familiares cercanos y cuidadores van a ser muy similares, o incluso más graves; por lo que estaríamos hablando de más de 260.000 personas (entre pacientes y familiares) en España que necesitan la ayuda de un/a profesional de la psicología a partir de un diagnóstico de cáncer.



*Observatorio del Cáncer de la AECC. Estimación de los principales indicadores epidemiológicos 2021

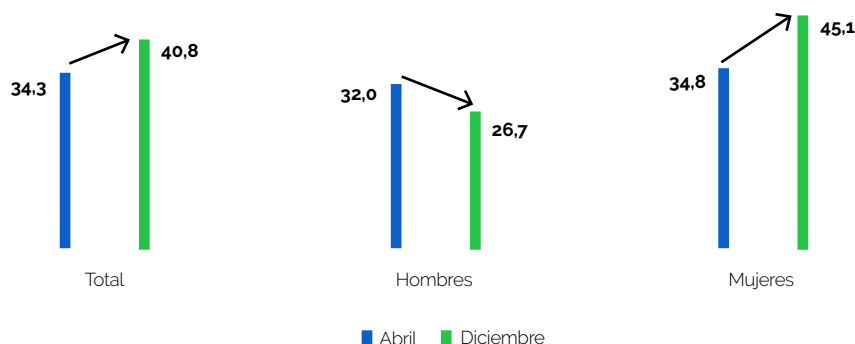


No obstante, sabemos que este malestar psicológico no se ha distribuido por igual a lo largo de la población oncológica. A partir de un estudio realizado por Observatorio [2,3] en dos oleadas (durante abril de 2020 y diciembre de 2020), vimos que al inicio de la pandemia el porcentaje de pacientes con un malestar psicológico que requería de intervención clínica era del 34,3%; porcentaje que empeoró hasta llegar al 40,8% en diciembre de 2020.

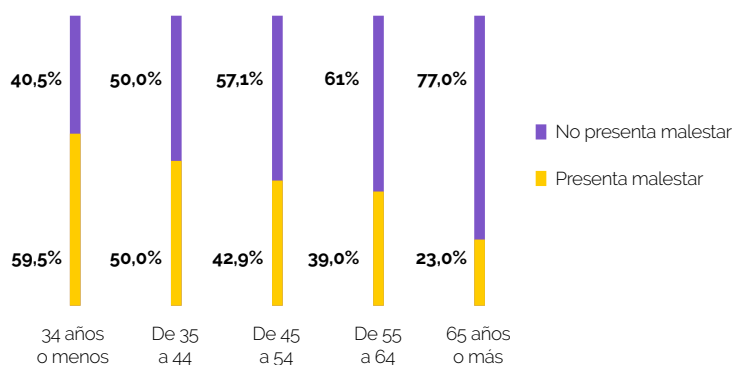
No obstante, si atendemos al porcentaje de malestar psicológico significativo por sexo, vemos que en el caso de los hombres ha habido una mejoría a lo largo del tiempo, pasando de un 32% a un 26,7% los varones por encima de ese nivel de malestar clínico. Sin embargo, en el caso de las mujeres, ese porcentaje pasó del 34,8% en abril hasta un 45,1% en diciembre. Además, sabemos también que ese malestar clínico ha sido significativamente más alto, en las dos oleadas del estudio, entre las personas más jóvenes y también aquellas personas con un menor nivel de ingresos.

Es importante añadir que el contexto de este estudio es la pandemia del COVID-19, que ha afectado de manera especialmente significativa a las personas diagnosticadas de cáncer [2]. El análisis de la posible cronificación y efecto traumático de este malestar psicológico es uno de los desafíos por explorar en futuros estudios.

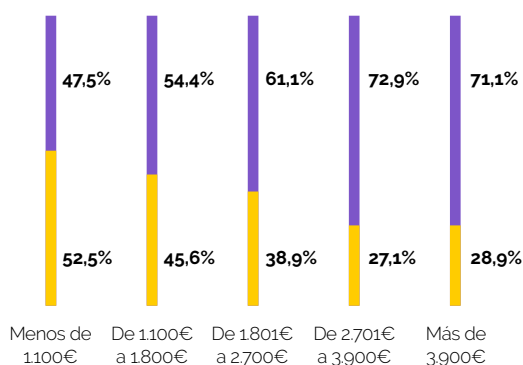
Evolución del malestar psicológico significativo en personas diagnosticadas de cáncer, abril/diciembre de 2020, por sexo



Porcentaje de malestar psicológico en pacientes, por edad (diciembre)



Porcentaje de malestar psicológico en pacientes, por ingresos del hogar (diciembre)



*Observatorio del Cáncer de la AECC. Estudio sobre malestar psicológico en pacientes de cáncer, 2020

02.3.3.1/ Atención Psicológica en el Sistema Nacional de Salud

Como hemos visto con anterioridad, los estudios especializados [1] nos indican que cerca del 50% de los pacientes presentan malestar emocional y el 30% necesitan atención psicológica especializada. Estos datos son aplicables también a un porcentaje significativo de sus familiares y cuidadores, que en algún momento de la enfermedad van a necesitar la intervención psicológica de un/a profesional.

Pese a eso, en el 48% de los hospitales que participaron en un estudio propio de Observatorio [4] no dispone de personal propio que realice atención psicológica en cáncer. En el 52% restante donde se ofrece algún tipo de atención, ésta es insuficiente. Además, en 7 de cada 10 hospitales, el personal hospitalario no brinda ningún tipo de atención psicológica a los familiares de las personas con cáncer. En definitiva, podemos decir que la atención psicológica es insuficiente en más del 90% de las comunidades autónomas.

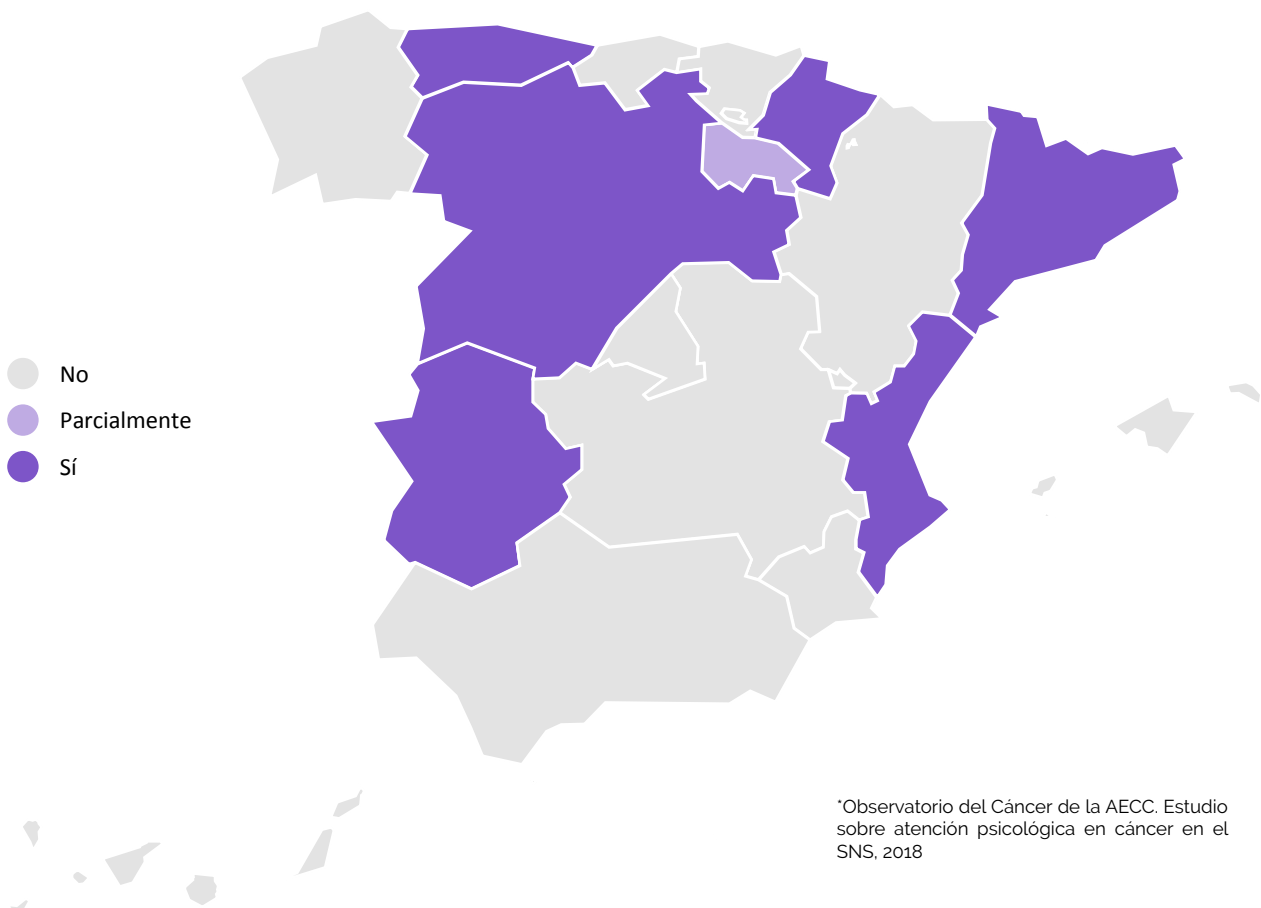
La falta de recursos en el sistema público de salud lleva a que gran parte de los servicios de atención psicológica en cáncer sean prestados por profesionales externos pertenecientes a entidades sin ánimo de lucro. A pesar de esta realidad, sólo 6 comunidades autónomas (35%) formalizan en diferentes medidas la colaboración del sistema público de salud con entidades sin ánimo de lucro en relación a la atención psicológica.



- Si disponen (aunque la atención es insuficiente)
- No disponen (se agrava en hospitales pequeños y rurales: 62%)



En 7 de cada 10 hospitales del SNS los familiares de las personas con cáncer no tienen ningún tipo de atención psicológica



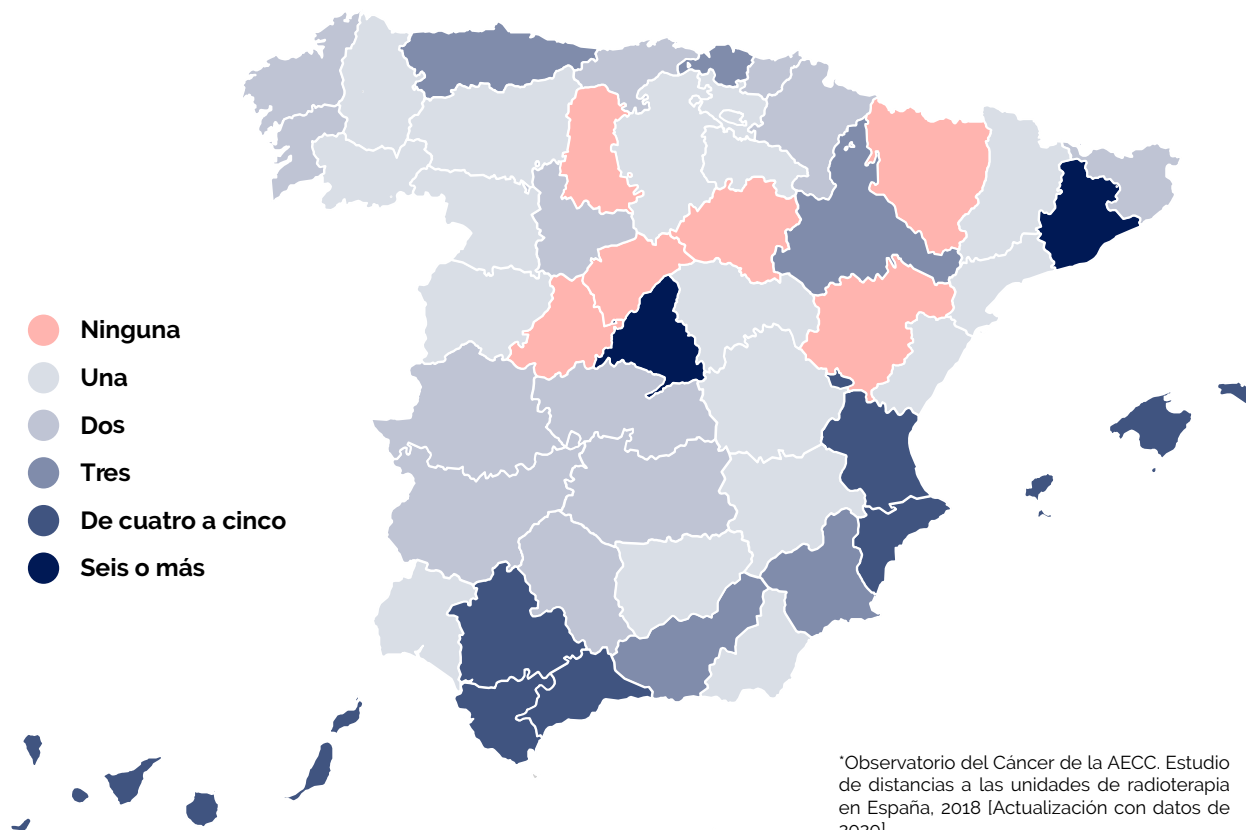
*Observatorio del Cáncer de la AECC. Estudio sobre atención psicológica en cáncer en el SNS, 2018

02.4/ Para tratarlo

02.4.1/ Radioterapia

La Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) estima en 60 minutos el tiempo de viaje por trayecto máximo [1] a partir del cual podemos hablar de un problema de inequidad entre los pacientes de cáncer de los diferentes territorios nacionales. Estos desplazamientos para poder acudir a su tratamiento implican numerosos costes, tanto directos como indirectos, que han de realizarse durante varios días a la semana a lo largo de varias semanas, con lo que llegan a ser muy significativos y una fuente de vulnerabilidad económica para los pacientes que han de someterse a tratamiento en radioterapia en España. Con los últimos datos disponibles [1], sabemos que hay unidades en todas las provincias **salvo en Ávila, Huesca, Palencia, Segovia, Soria, Teruel y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla**. En estos lugares, los pacientes tienen que hacer largos desplazamientos o buscar alojamiento cerca de su hospital de referencia, lo que implica un esfuerzo económico que no todas las familias pueden abordar. Además, esto implica que cerca de un 30% de los pacientes que acuden a su tratamiento en vehículo propio tarden más de una hora; porcentaje que aumenta al 60% de los que tienen que trasladarse en ambulancia.

Número de unidades de radioterapia por CCAA



02.4.1.1/ Prestaciones para desplazamiento a los centros sanitarios

Para poder hacer frente a los gastos de los desplazamientos de personas que tienen que trasladarse de su domicilio habitual a causa de una enfermedad, la administración pública pone a disposición de las personas afectadas diferentes servicios y ayudas que se enmarcan en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) y en la Cartera de Servicios Complementaria de las Comunidades Autónomas.

En este sentido, tanto la cartera común de servicios como la cartera de servicios complementarias a las CCAA ofrecen diferentes ayudas para poder hacer frente a los gastos derivados de un tratamiento de larga duración para las personas que tengan que desplazarse lejos de su domicilio habitual:

- **Transporte Sanitario no Urgente**
- **Ayudas para gastos por desplazamiento, manutención y hospedaje**

La cartera común de servicios del SNS determina que, como mínimo, las Comunidades Autónomas debe prestar el Servicio del **Transporte Sanitario no Urgente** en casos de personas que presenten movilidad reducida o causas clínicas que le impidan desplazarse en un medio ordinario de transporte. Por otra parte, en cuanto a los gastos por desplazamiento, manutención y alojamiento, es la cartera complementaria dependiente de cada CCAA quien se encarga de poder determinar en qué casos se cubre, y en qué cantidades y conceptos.

Transporte Sanitario No Urgente

Se contempla en todas las Comunidades Autónomas, por tratarse de un servicio de la cartera de servicios comunes del SNS, pero es necesario cumplir una serie de requisitos: causas sanitarias y movilidad reducida.

En todas las Comunidades Autónomas es necesaria la autorización por el/la profesional de referencia.

Reembolso de gastos por desplazamiento, manutención y hospedaje

En 8 Comunidades Autónomas no han revisado la normativa de reembolso de los gastos por traslado para recibir asistencia sanitaria: Andalucía (1981), Asturias (2006), Cantabria (2007), Comunidad Valenciana (2010), Galicia (2001), La Rioja (2005), Murcia (2012) y País Vasco (2007).

Destaca la situación de Andalucía, que desde el año 1981 no ha revisado la normativa, siendo inaccesible la información para las personas que necesitan dicho servicio.

Prácticamente en todas las Comunidades Autónomas (excepto en Andalucía y en Galicia) se cubren los tres conceptos cuando se trata de traslados a otra CCAA: desplazamiento, alojamiento y manutención; pero existen diferencias sustanciales en las cantidades de reembolso. Podemos poner como ejemplo el reembolso del concepto de manutención en la Comunidad Valenciana (30 €/día) y el de Castilla la Mancha (4,50 €/día).

Únicamente Canarias contempla en la legislación el anticipo de los gastos de viaje a personas que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad.

Prácticamente todas las Comunidades Autónomas contemplan los gastos de la persona acompañante cuando se trata del desplazamiento a otra Comunidad Autónoma (la normativa cambia si se trata del desplazamiento dentro de la provincia o en otra provincia dependiendo si se contempla o no el reembolso), pero cumpliendo una serie de requisitos y previa autorización.

En 9 Comunidades Autónomas (Andalucía, Aragón, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Baleares) contemplan el reintegro de gastos en una provincia diferente dentro de la misma CA, aunque en muchos casos en determinadas casuísticas, no en todos los conceptos y en cantidades diferentes.

Solo en 10 Comunidades Autónomas (Andalucía, Aragón, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Baleares, Canarias, La Rioja y Murcia)

contemplan el reembolso cuando el traslado se realiza dentro de la provincia.

02.4.2/ Al final de la vida

El marco estatal de la atención sanitaria en el proceso de final de la vida está descrito en la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (SNS), cuya última actualización fue publicada en el año 2011. En este documento se establecen los estándares mínimos a desarrollar en todo el territorio español para proveer una atención adecuada a las personas enfermas que necesitan cuidados paliativos y a sus familias. A la fecha de elaboración del presente informe, no se conoce publicación alguna de evaluación de los resultados de dicha estrategia. Por ello, debemos acudir a otras fuentes secundarias para aproximarnos a la situación actual de la atención en el proceso de final de la vida, si bien será una visión parcial al basarse en aquellos datos accesibles públicamente y estará centrada en aquellos elementos de mayor impacto en las personas que necesitan esta atención.

Recursos asistenciales de cuidados paliativos

La primera condición para estar bien atendido es disponer de servicios sanitarios que presten la asistencia que se necesita; en este caso, unidades de cuidados paliativos. Según la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC por su siglas en inglés) **el número óptimo de recursos especializados de cuidados paliativos para una atención adecuada es de 2 por cada 100.000 habitantes**, uno de atención en el domicilio y otro de atención hospitalaria.

Atendiendo a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y al equipo ATLANTES del Instituto Cultura y Sociedad de la Universidad de Navarra [1], en España contamos con un total de 201 recursos asistenciales de Cuidados Paliativos que cumplen completamente con los criterios establecidos por la SECPAL (con datos del Geodirectorio de recursos de cuidados paliativos, en su última actualización de diciembre de 2017). Además, se han localizado otros 130 recursos asistenciales sin clasificar (cumplen solo parcialmente los criterios

SECPAL) y de 50 recursos no asistenciales (asociaciones, centros de investigación, etc.).

Si seguimos la clasificación del Atlas Europeo de Cuidados Paliativos [2], se identifican un total de 260 recursos, lo que implica una tasa de 0,6 por cada 100.000 habitantes, ligeramente inferior a la tasa europea (0,8 por cada 100.000 habitantes), pero claramente por debajo del estándar óptimo recomendado por la EAPC.

Atención integral y multidisciplinar de calidad

Una atención de calidad en el final de la vida requiere identificar y dar respuesta a todas las necesidades, tanto de la persona enferma como de su familia, desde un abordaje bio-psico-social y espiritual. Para ello, es necesario contar con equipos pluridisciplinares cuyos integrantes trabajen de forma integrada, incluyendo la labor de acompañamiento del voluntariado.



La atención integral y multidisciplinar a las personas con enfermedad avanzada y/o al final de la vida en los recursos de Cuidados Paliativos todavía es insuficiente ya que alrededor del 25% de los recursos de Cuidados Paliativos cuentan con psicólogos/as y trabajadores sociales que se dedican menos del 50% de su jornada laboral a prestar esta atención [3]. En ese sentido, a pesar de que morir en el domicilio parece ser lo que pacientes con patologías avanzadas preferirían, y siendo considerado un indicador de calidad de la atención al final de la vida, en la mayoría de las comunidades autónomas la proporción de pacientes de cáncer que fallecen en el hospital es superior que en el domicilio [4, 5].

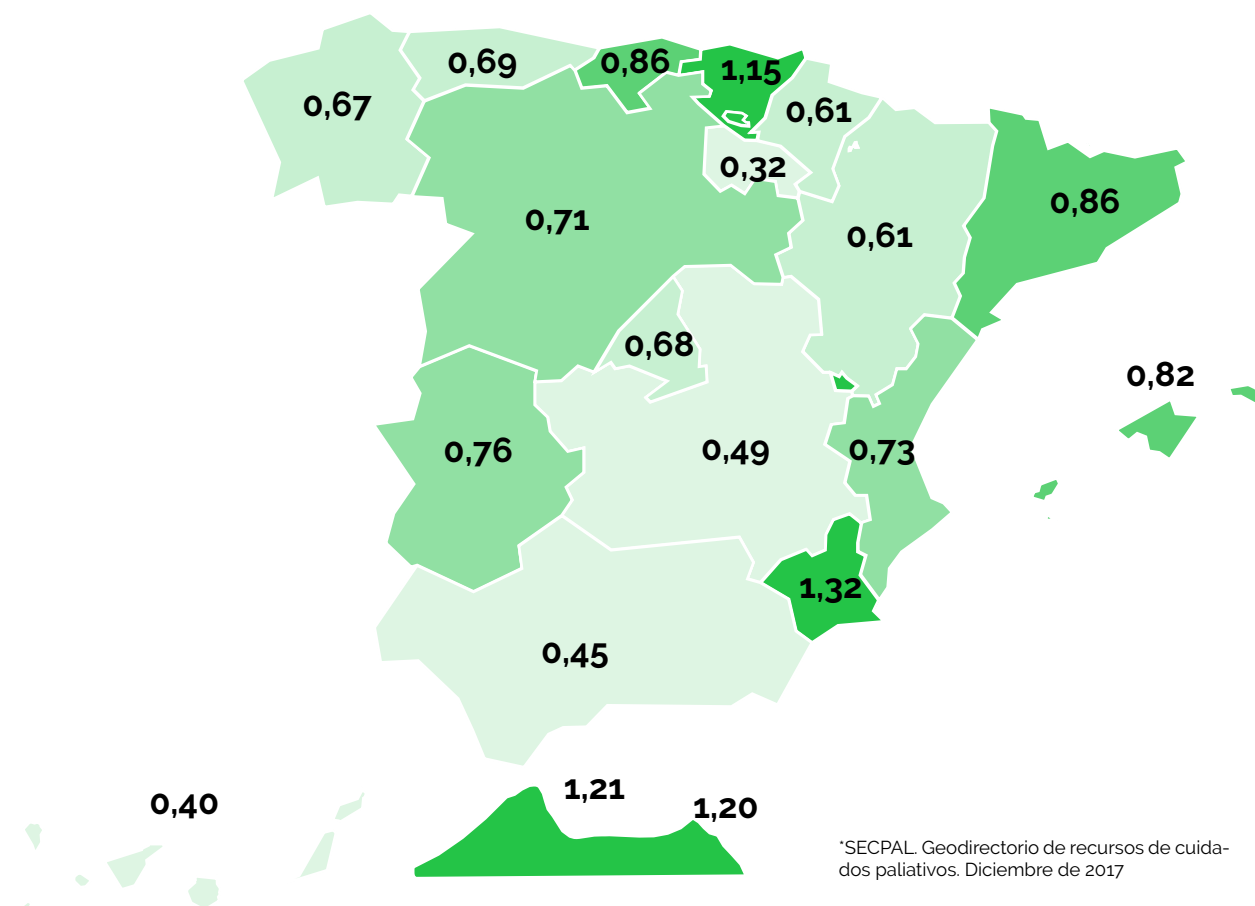
Recursos paliativos para adultos	Total	260
	Programas hospitalarios	63
	Hospicios para pacientes internados	1
	Programas domiciliarios	100
	Equipos de soporte hospitalario	88
	Equipos mixtos	8
	Servicios por cada 100.000 habitantes (España)	0,6
	Servicios por cada 100.000 habitantes (Europa)	0,8

*EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019

Si hacemos el ejercicio de construir tasas por CCAA a partir del directorio de SECPAL, para obtener una comparativa del territorio nacional, vemos algunas CCAAs que están más cerca de la tasa de recursos recomendada (como Murcia, Ceuta, Melilla o País Vasco), mientras que otras se encuentran significativamente por debajo, como la Rioja o Canarias.

No obstante, hay que tener en cuenta que, además de disponer de unidades de cuidados paliativos especializados en la proporción recomendada, es necesario que esta atención llegue a todas las personas susceptibles de necesitarla. En nuestro país, en un comunicado emitido en 2019, la SECPAL denunció que los cuidados paliativos especializados no alcanzan a toda la población que los necesitaría. En España, de las 228.000 personas que fallecen anualmente con necesidad de cuidados paliativos, alrededor de 80.000 no acceden a ellos (35%) [6].

Número de recursos de cuidados paliativos por cada 100.000 habitantes, por CCAA



Garantía de la atención en el proceso del final de la vida

Si bien la atención paliativa es una prestación incluida, desde hace décadas, en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, tanto en atención especializada como en atención primaria, algunas comunidades autónomas han optado por dotar de un rango mayor a las garantías para que todas las personas tengan acceso a esta prestación aprobando leyes en sus territorios. Este es el caso de: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Navarra y País Vasco. Sin embargo, no existe una ley estatal que armonice los diversos desarrollos normativos autonómicos sobre este particular.

02.5/ Para investigarlo

La Asociación Española Contra el Cáncer busca contribuir a reducir la incidencia del cáncer en nuestra población e intentar aumentar la supervivencia media de los pacientes al 70%. La supervivencia neta a cinco años en España (2008-2013) es del 55,3% en los varones y del 61,7% en las mujeres (1). Una de las claves para lograrlo es mejorar la equidad en el acceso de las personas afectadas por el cáncer a los resultados y avances de la investigación de las enfermedades oncológicas, entendiendo ésta desde un enfoque integral en epidemiología, prevención, diagnóstico y tratamiento.

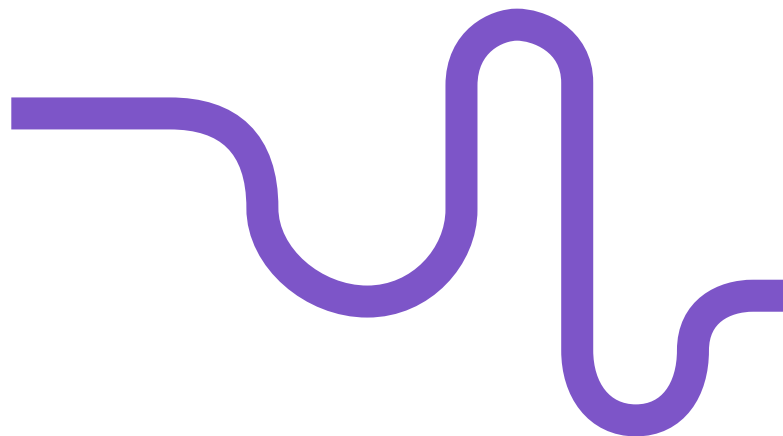
Sin embargo, la investigación del cáncer en nuestro país adolece de ciertas deficiencias, señaladas en el informe Comprometidos con la investigación en Cáncer (2):

- Hacen falta recursos para la investigación del cáncer. No se dispone de una financiación estructural y estable.
- Hay dificultad para garantizar la retención del talento. Falta de definición de una carrera investigadora que dé estabilidad a nuestro personal investigador.
- Falta innovación.

- Es necesaria independencia y apoyo para la investigación clínica no comercial.
- Existe inequidad en la investigación en los diversos cánceres.
- Se necesita una mayor colaboración internacional y multidisciplinar.
- Existen multitud de trabas burocráticas y barreras administrativas y jurídicas en los procesos de financiación de proyectos de investigación.

Uno de los efectos que esta situación puede provocar se muestra en dicho informe al observar el impacto diferencial del esfuerzo investigador entre los diferentes tipos de cáncer. Así se recoge en el informe mencionado, por ejemplo, que cánceres de elevada carga social (incidencia y mortalidad en España) como el cáncer de aparato urinario, de páncreas, estómago o hígado han recibido, en los últimos diez años, un volumen de financiación para proyectos de investigación sustancialmente menor que otros tipos de cáncer con menor impacto epidemiológico en la población.

Pese a que los índices de supervivencia se han elevado en muchos tipos de tumores, otros siguen siendo bajos o bien están estancados, afectando a las posibilidades de sobrevivir de las personas que los padecen. Los cánceres de páncreas, esófago, hígado y pulmón son los tipos de cáncer con los índices de supervivencia más baja, pues no alcanzan el 20% de supervivencia media a cinco años, y afectan tanto a hombres como a mujeres (3). Todos ellos son tipos de cáncer que necesitan más investigación para seguir avanzando en su supervivencia.



03/
**Conclusiones
para la acción**



03.1/

Qué hace la Asociación Española Contra el Cáncer

La Asociación Española Contra el Cáncer, consciente de esta situación de inequidad, trabaja en dos ámbitos: uno con el objetivo, en el corto espacio de tiempo, de aportar soluciones con recursos propios a través de sus programas y servicios, todos ellos gratuitos; y otro trabajando colaborativamente con organizaciones e instituciones públicas y privadas para que en el futuro se corrija esta situación de inequidad.

Además, la Asociación a través de su Observatorio del Cáncer analiza y mide la realidad del cáncer en España, para detectar inequidades y áreas de mejora, con el objetivo que esta información permita corregirlas y garantizar que todas las personas sean iguales frente al cáncer. Fruto de esta actividad, es este primer informe sobre la inequidad del cáncer en España.

Para prevenirlo:

Hasta el 40% de los casos de cáncer se podrían evitar con hábitos de vida saludable. La Asociación trabaja en colaboración con otras entidades sobre los principales factores de riesgo, con decisores públicos para lograr cambios permanentes y que sea sencillo para la población tomar decisiones saludables, y promoviendo hábitos saludables en la sociedad a través de sus programas y servicios.

Trabajando en colaboración con otras entidades sobre los factores principales de riesgo. Colaboración con decisores para lograr cambios permanentes.

Nivel nacional

- CNPT – Nueva ley de tabaco
- Fundación Gasol – Alimentación y Actividad Física
- Red Española de Ciudades Saludables y Federación Española de Municipios y Provincias – Actividad Física

Nivel autonómico y local

- Ayuntamientos – Desarrollo de nuevos “Espacios sin humo” y “rutas saludables”

Promoviendo hábitos saludables a nivel comunitario y estando cerca de la población.

Actuamos modificando los entornos en los que se mueve la población para facilitar hábitos de vida saludable de una manera efectiva y equitativa. Trabajando en los entornos de la vida diaria como los centros educativos, los centros universitarios o los barrios

- PROYECTOS EN CENTROS EDUCATIVOS dirigidos a la promoción de actividad física y alimentación saludable movilizando a niños y jóvenes
- PROYECTOS EN ENTORNOS COMUNITARIOS para promover la actividad física movilizando a las personas, la AECC ofrece rutas saludables, marcha nórdica y huertos urbanos
- Conferencias y eventos informativos sobre los elementos del código europeo contra el cáncer.
- DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. presencial, online para que las personas fumadoras que decidan dejar de fumar puedan tener acceso a este servicio de la AECC.

Para detectarlo precozmente

La detección precoz del cáncer es otro de los aspectos fundamentales en el abordaje del cáncer. Son tres los tumores en los que la hay evidencia científica que pueden ser detectados precozmente y que a través de programas de cribado puede aumentar los índices de supervivencia: cáncer de mama, colorrectal y cervix. La Asociación trabaja para que todas las personas en edad de riesgo tengan las mismas oportunidades de participar en estos programas de cribado poblacional. Para

conseguirlo la Asociación trabaja con los decisores para lograr el 100% de cobertura y con campañas de información y concienciación para la sociedad.

Colaboración con decisores para lograr cobertura 100% de los programas de cribado

Nivel nacional

- Ministerio de Sanidad – Incidencia directa para seguir compromiso de cobertura.

- Gobiernos Autonómicos– Incidencia directa

Nivel local

- Activaciones, información y concienciación para incrementar participación

Información y concienciación para facilitar la participación de las personas en los programas de cribado a través de campañas educativas

Para afrontar su impacto desde un punto de vista integral:

Una vez diagnosticado el cáncer, la Asociación trabaja para abordarlo desde un punto de vista integral y multidisciplinar que cubra las necesidades de pacientes y familiares, paliando el impacto que tiene la enfermedad en la unidad familiar. Sus programas y servicios abarcan todos los aspectos en los que puede impactar el cáncer, trabajando de manera individualizada con cada persona afectada.

Asesoramiento sanitario para facilitar la comprensión del diagnóstico, los tratamientos y otros aspectos relacionados con la enfermedad

Evaluación sistematizada del malestar emocional y de las necesidades del paciente.

Atención psicosocial (psicología y trabajo social) para ofrecer atención en crisis a los pacientes en el momento del diagnóstico e inicio de los tratamientos.

Formación profesionales sanitarios (comunicación malas noticias)

Atención sanitaria especializada

- Nutrición y alimentación
- Fisioterapia
- Logopedia
- Ejercicio físico

Para afrontar su impacto económico y social

El cáncer provoca un impacto económico y social en la unidad familiar ya que el diagnóstico significa una reducción de ingresos y un aumento de gastos imprevistos. La Asociación dispone de servicios de atención social que trabaja analizando y cubriendo las necesidades sociales, económicas y laborales de las personas afectadas de cáncer.

Recursos de alojamiento: dispone de una red de pisos y residencias situados en las principales ciudades españolas (especialmente en aquellas que cuentan con hospitales de referencia con oncología pediátrica, médica y radioterápica).

Ayudas económicas para la atención a personas en exclusión socioeconómica: ayudas económicas de emergencia que tienen como objetivo cubrir las necesidades económicas de las familias afectadas de cáncer provocadas o agravadas por la enfermedad (desplazamientos, gastos de farmacia, suministros básicos del hogar, etc)

Préstamo de productos de apoyo (ayudas técnicas y material ortoprotésico): los productos de apoyo son un elemento esencial para la recuperación y la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Con la utilización de estos productos, la calidad de vida de la persona en situación de enfermedad y de la que se encarga de proporcionar los cuidados adecuados mejora considerablemente, promoviendo además la autonomía del paciente. Contamos con un banco de productos de apoyo (camas articuladas, sillas de ruedas, muletas, cojines anti-escaras, grúas, pelucas, prótesis iniciales de mama, etc.) para las personas que lo necesiten.

Orientación de derechos y gestión de recursos públicos y privados: se informa y orienta a perso-

nas afectadas de cáncer y sus familiares en los derechos y recursos externos públicos y privados a los que pueden tener derecho.

Inserción laboral: Se ofrece orientación prelaboral básica a todas las personas que tienen una situación laboral deficitaria provocada o agravada por la enfermedad. En este sentido, desde la AECC contamos con un acuerdo de colaboración con el Programa Incorpora de La Caixa, y con otras entidades de inserción laboral para apoyar a personas afectadas de cáncer que ya han superado la enfermedad o a sus familiares en su proceso de búsqueda activa de empleo.

Asistencia jurídico-laboral: un Servicio de Asistencia Jurídico-laboral que tiene como objetivo dar respuesta a las consultas jurídicas en materia de Seguridad Social y Derecho Laboral, para personas afectadas de cáncer y sus familiares.

Para afrontar su impacto emocional

La mitad de las personas con cáncer sufre de malestar emocional y el 30% necesitaría atención psicológica especializada, por eso en la Asociación la atención psicológica es uno de los pilares de actuación. Esta atención está dirigida a pacientes y familiares, pero también a formación de profesionales sanitarios.

Atención psicológica para pacientes y familiares.

Psicoeducación de cuidadores para afrontar el impacto emocional y favorecer la comunicación y los cuidados del enfermo.

Formación de profesionales sanitarios en habilidades para favorecer la relación con el enfermo y prevención del burnout.

Para tratarlo: Al final de la vida

La AECC, es una entidad pionera en la atención en el final de la vida. Fue la primera entidad social en poner en marcha unidades domiciliarias multidisciplinares de cuidados paliativos para pacientes con cáncer en España (1991), llegando a tener 62 unidades domiciliarias en el año 2005. Desde 2007 se inicia un proceso de transferencia progresiva de estas unidades al Sistema Nacional de Salud. Actualmente la AECC ofrece intervención social, apoyo psicológico incluido en el duelo y voluntariado

especializado en el acompañamiento es estas fases de la enfermedad:

Asesoramiento médico, enfermería, psicológico y social para los enfermos y familiares al final de la vida (Infocáncer)

Unidades de Cuidados Paliativos con servicio de atención médico – sanitaria y psicosocial además de voluntariado integrada.

Atención psicológica especializada para enfermos al final de la vida y para sus familiares. Servicio de atención psicológica especializado en duelo para familiares de pacientes que han fallecido por cáncer.

Contenidos web y materiales educativos sobre pautas prácticas que ayuden a facilitar la adaptación emocional en la fase de final de vida.

Para investigarlo

La Asociación Española Contra el Cáncer, a través de su Fundación Científica, aglutina la demanda social de investigación en cáncer financiando por concurso público proyectos de investigación científica oncológica de calidad. Sus proyectos promueven el talento y aportan estabilidad a la carrera profesional de los investigadores, fomentan la investigación en el entorno clínico y facilitar la participación de investigadores españoles en consorcios internacionales. Además, tiene una nueva línea de ayudas destinada a impulsar la investigación en cánceres poco frecuentes.

Actualmente la Asociación tiene destinados 79 millones de euros en 400 proyectos donde participan más de 1.000 investigadores. Estos datos convierten a la Asociación en la entidad social y privada que más fondos destina a investigar el cáncer.

03.2/

Qué propone la Asociación Española Contra el Cáncer

A lo largo de los diferentes capítulos de este informe hemos recogido evidencias que nos muestran que:

- No todas las personas tienen acceso a entornos promotores de la salud que les ayuden a prevenir el cáncer desde la infancia y a medidas preventivas que permitan detectarlo precozmente.
- No todas las personas que son diagnosticadas de cáncer y sus familiares tienen garantizada una atención integral y continuada que responda a las necesidades bio-psico-sociales provocadas por el impacto de la enfermedad.
- No todos los cánceres se investigan de forma equitativa. Esto significa que hay pacientes que pueden perder oportunidades para sobrevivir.

Garantizar que todas las personas tengamos las mismas oportunidades frente al cáncer requiere un compromiso responsable, firme y continuado, tanto de las administraciones públicas como de toda la sociedad en su conjunto.

Por ello, la Asociación Española Contra el Cáncer hace un llamamiento para seguir avanzado en este camino poniendo en marcha la siguiente propuesta de acciones.

Para prevenirlo:

Tener las mismas oportunidades para prevenir el cáncer requiere de entornos que faciliten la adopción de hábitos de vida saludables, y que nos ayuden a poner freno al impacto del tabaco, el exceso de peso y el alcohol (principales factores de riesgo), con especial foco en proteger a la infancia y adolescencia.

Por ello, abogamos por:

Leyes y normas que incluyan medidas que ayuden a proteger mejor a las próximas generaciones frente al cáncer:

- Leyes y normas que incluyan medidas que ayuden a proteger mejor a las próximas generaciones frente al cáncer:
 - Que regulen los nuevos productos del tabaco en su promoción, publicidad (incluidos los medios digitales y el empaquetado neutro) y venta.
 - Que promuevan espacios libres del humo del tabaco.
 - Que eleven los precios e impuestos de todos los productos del tabaco.
 - Que regulen la promoción y publicidad dirigida a menores (ej, Código PAOS) e incremento de impuestos y precio de alimentos no saludables y bebidas azucaradas.
 - Que promuevan la prevención del consumo de alcohol en menores.
- La implicación de las administraciones autonómicas y locales para adoptar medidas de alimentación saludable y actividad física en los centros educativos que dependen de ellas.
- La implicación de la ciudadanía para lograr una próxima generación más saludable.

Para detectarlo precozmente:

El desigual desarrollo en la implantación de los programas de cribado poblacional de cáncer colorrectal en las Comunidades y Ciudades Autónomas está provocando una grave situación de inequidad en el acceso de la población a esta prestación sanitaria. Cada año que pasa sin que todas las personas que se podrían beneficiar de estas medidas tengan la oportunidad de participar en un programa de cribado de cáncer colorrectal, supone perder vidas por esta causa.

Es por tanto de vital importancia que:

- Todas las Comunidades y Ciudades Autónomas extiendan los programas de cribado poblacional del cáncer colorrectal y del cáncer de cérvix para que lleguen al 100% de la población de riesgo (entre 50 y 69 años).
- Publiquen anualmente de los resultados de estos programas.
- Promuevan la información y concienciación de la ciudadanía para favorecer la participación en estos programas preventivos.

Para afrontar su impacto desde un punto de vista integral:

Ante el impacto económico y social

Todas las personas diagnosticadas de cáncer con necesidades sociales, especialmente en situación de vulnerabilidad económica y/o soledad, deben recibir la ayuda que necesiten para hacer frente al impacto del cáncer.

Para ello, se hace imprescindible que desde las administraciones públicas competentes se proceda a establecer los mecanismos necesarios para:

- Identificar las situaciones de vulnerabilidad económica y de soledad de las personas con cáncer, desde el primer momento, incluyendo en la historia clínica la valoración del "distrés social" y protocolos de derivación temprana al equipo de Trabajo Social hospitalario para coordinación con entidades de Servicios Sociales y ONG.
- Informar a paciente y familiar cuidador sobre derechos sociales, prestaciones para ayudas ante la vulnerabilidad económica, así como servicios para hacer frente a la soledad, y cómo acceder a ellos.
- Revisar y adaptar las normativas y procesos de incapacidad permanente y discapacidad a los efectos secundarios y las secuelas experimentadas por las personas con cáncer.

Ante el impacto emocional

Todas las personas diagnosticadas de cáncer, y aquellos de sus familiares que lo necesiten, han de tener garantizado el acceso a atención psicológica especializada en el sistema sanitario público. Para ello, son condiciones necesarias:

- La medición del malestar (distrés) emocional, tanto del paciente como del familiar que acompaña habitualmente a la persona enferma, incorporándola a la historia clínica.
- El establecimiento de protocolos de derivación a atención psicológica especializada cuando el grado de distrés indique la necesidad de este nivel de intervención, bien con los recursos propios del sistema o bien, si estos son insuficientes, integrando los recursos asistenciales que ofrecen entidades sin ánimo de lucro de experiencia contrastada en este tipo de atención.

La Asociación Española Contra el Cáncer propone el siguiente Decálogo para la mejora de la atención psicológica a las personas con cáncer y a sus familiares solicitando a las instituciones y administraciones sanitarias que en el proceso de atención a las personas con cáncer y sus familiares se contemple:

- La inclusión de la atención psicológica como objetivo asistencial en todos los planes/estrategias en cáncer autonómicos, tanto para el/la paciente de cáncer como para la persona que le acompaña habitualmente, dentro de un modelo de atención oncológica multidisciplinar e integral.
- La organización de los procesos de atención al paciente de cáncer en el ámbito hospitalario de modo que integre los tres niveles de soporte emocional: básico (incluido el apoyo emocional a través de acompañamiento por parte de voluntarios formados), medio (profesionales sanitarios formados para identificar y manejar sintomatología de malestar emocional no compleja) y especializado.

- La valoración sistemática y regular del malestar emocional como el sexto signo vital, al igual que se mide la temperatura, la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria y el dolor en el paciente, mediante el uso de instrumentos de evaluación estandarizados y validados en el contexto español e incorporándose a la historia clínica.
- La derivación a atención psicológica especializada cuando el grado de malestar emocional identificado indique la necesidad de este nivel de intervención.
- La cobertura de la atención psicológica especializada para pacientes y familiares, bien con los recursos propios del sistema o bien integrando los recursos asistenciales que ofrecen entidades sin ánimo de lucro.
- El reconocimiento en la planificación sanitaria autonómica del rol de las entidades sin ánimo de lucro que ofrecen prestaciones de atención psicológica, mediante la formalización de acuerdos o convenios que regulen la naturaleza y calidad de la prestación, la cualificación de los profesionales externos, la interacción y coordinación entre profesionales, la incorporación a los equipos multidisciplinares, la derivación de beneficiarios y las dotaciones infraestructurales necesarias.
- La información a pacientes y familiares de los recursos disponibles donde poder recibir atención psicológica especializada tanto si se ofrecen en el propio hospital como en el ámbito comunitario.
- La capacitación de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes de cáncer para identificar y medir tanto su grado de malestar emocional como el de las personas que los acompañan.
- El desarrollo y análisis de modelos de atención psicológica basados en las nuevas tecnologías y recursos digitales que faciliten acceso a este servicio a personas con dificultades de desplazamiento (por lejanía, por movilidad, etc.)

- La incorporación, en la medición de la calidad en la gestión de los centros sanitarios, de un indicador de experiencia del paciente de cáncer y sus familiares sobre el apoyo emocional recibido en el centro.

Para tratarlo:

Radioterapia

Con el fin de disminuir las desigualdades en el acceso al tratamiento de radioterapia que provocan un alto impacto en la calidad de vida de las personas, la Asociación Española Contra el Cáncer, conjuntamente con la Sociedad Española de Oncología Radioterápica, emitieron en 2020 una serie de recomendaciones, un extracto de las cuales recogemos a continuación.

Relativas a las dificultades de acceso por distancia/tiempo de desplazamiento a las unidades de radioterapia

Adecuar la organización de la asistencia a pacientes en tratamiento de radioterapia para disminuir el impacto negativo que largas distancias desde el domicilio producen en la calidad de vida de las personas afectadas. Algunas alternativas a valorar podrían ser: el análisis de viabilidad de unidades satélite de radioterapia en aquellos lugares en los que no exista ningún servicio público o concertado que pueda dar cobertura a la población dentro de la indicación de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica de una distancia menor a 100km por trayecto al Servicio de Radioterapia; coordinación entre Comunidades Autónomas para primar la derivación del paciente al Servicio de Radioterapia más cercano a su domicilio; elaborar un plan para la renovación de equipos incluyendo tecnología avanzada que permita reducir el número de sesiones de tratamiento; contemplar siempre en la organización y planificación del tratamiento parámetros de impacto en la calidad de vida de la persona enferma y de riesgo de vulnerabilidad económica.

Relativas al impacto económico del tratamiento de radioterapia en las familias

Difundir en las webs de las Consejerías competentes, en un lenguaje y formato accesible e inteligi-

ble para la toda la población, las prestaciones a las que tiene derecho una persona con cáncer para facilitar el acceso a los tratamientos oncológicos y la forma de solicitarlas.

- Ejemplo de buena práctica: la información que publica la Consejería de Sanidad de Castilla y León sobre el transporte sanitario no urgente.

Derivación a los equipos de trabajo social desde el área de atención primaria para informar de todas las ayudas y servicios disponibles para las personas afectadas de cáncer que tienen que desplazarse para recibir tratamiento.

Relativas al Transporte Sanitario No Urgente (TSNU)

Incluir la figura del acompañante en la normativa cuando se trata de una persona afectada de cáncer.

Considerar criterios de vulnerabilidad social y no solo de situación clínica/dificultades de movilidad para la concesión del transporte sanitario no urgente. Propuesta de criterios de vulnerabilidad a incluir en informe de valoración para la concesión de TSNU:

- Persona sin apoyos familiares o del entorno.
- La red de apoyo de la persona no es compatible con el acompañamiento al tratamiento (trabajo, cuidados de otras personas, etc.).
- Domicilio ubicado en zona con transporte público inexistente o deficiente sin posibilidad de utilizar transporte privado con acompañante.
- Ingresos familiares insuficientes, por debajo de 2 veces el IPREM.
- Las situaciones de vulnerabilidad social deben ser valoradas por los equipos de trabajo social.

Realizar controles de calidad sistemáticos que incluyan la satisfacción del usuario con el servicio, incidencias en los traslados y tiempo medio por desplazamiento.

Relativas a las ayudas económicas para el desplazamiento, manutención y hospedaje

Actualización de la normativa relativa al reembolso de los gastos de desplazamiento, manutención y hospedaje en las CCAA que no lo han hecho en los últimos 5 años.

Armonización al alza de las cuantías de las prestaciones que las Comunidades Autónomas establecen de ayudas económicas para la compensación del gasto ocasionado por el desplazamiento al centro sanitario para recibir el tratamiento de radioterapia, manutención y hospedaje, así como armonización de los criterios para su concesión, teniendo en cuenta variables de vulnerabilidad económica como los mencionados en el punto sobre transporte sanitario no urgente.

Regulación de anticipos de las ayudas en todas las Comunidades Autónomas en el caso de pacientes oncológicos con ingresos familiares insuficientes, por debajo de 2 veces el IPREM y dependiendo del número de personas que componen la Unidad de Convivencia, valorado previamente por los equipos de Trabajo Social.

Establecimiento de tiempos máximos para el reembolso del gasto efectuado por el paciente de modo que no se exceda, en ningún caso, el límite de 1 mes y medio (45 días) desde la fecha de solicitud de reembolso.

Incluir los gastos del acompañante en la normativa cuando se trata de personas afectadas de cáncer.

Regulación en todas las CCAA de las ayudas en los tres supuestos de desplazamiento: desplazamiento a otra Comunidad Autónoma, a otra provincia, a otra localidad, incluyendo los tres supuestos de reembolso de gastos por desplazamiento, manutención y hospedaje.

Aparcamiento gratuito y prioritario en los parkings de los hospitales y barrios colindantes para los pacientes que acuden a recibir tratamiento.

Cheque comida para los beneficiarios y acompañantes que pasen largo tiempo en el hospital para

recibir tratamiento (incluyendo tiempo de desplazamiento).

Relativas a las dificultades percibidas por pacientes y acompañantes

Identificar el grado de estrés que pueden estar sufriendo pacientes y familiares y facilitar apoyo psicológico que les ayude a afrontar el impacto emocional del tratamiento.

Facilitar la información sobre incidencias y retrasos por problemas en los equipos técnicos (avisar antes del desplazamiento si la unidad está parada por revisión equipo).

Mejoras para incrementar la comodidad en las salas de espera.

Flexibilidad de horarios en las unidades de radioterapia para facilitar la conciliación con los familiares que los acompañan y trabajan.

Flexibilidad de horarios por parte de las empresas para que el trabajador pueda acompañar a su familiar a recibir tratamiento.

Atención en el final de la vida

Para que todas las personas con cáncer que necesitan cuidados paliativos especializados (integrales y multidisciplinarios) tengan asegurado el acceso a los mismos, independientemente del lugar donde residan y pudiendo elegir el lugar donde desean ser atendidos, abogamos por:

- Información pública a la ciudadanía sobre los cuidados en el final de la vida y cómo acceder a esta atención, así como acerca de los recursos disponibles en cada Comunidad y Ciudad Autónoma.
- Refuerzo de la atención psicológica y social integrada en los equipos de cuidados paliativos.
- Continuidad asistencial especializada en cuidados paliativos las 24 horas.
- Aprobación de una ley estatal que armonice los derechos y garantías de la atención a las personas en el proceso de morir en todo el Estado y vigile y sancione el cumplimiento de la equidad en el acceso a esta atención.

Para investigarlo:

Para poder garantizar a todas las personas con cáncer el acceso a los resultados y avances de la investigación, y poder contribuir a lograr que la supervivencia media a cinco años se incremente al menos al 70% para 2030, es crítico que nuestro país ponga en marcha un Plan Nacional de Investigación en Cáncer.

Este Plan, debe apostar por una investigación integral tanto en la prevención, como en el diagnóstico y en el tratamiento, e incluirá medidas destinadas a:

- Garantizar financiación pública estable con convocatorias públicas específicas para cáncer, y desarrollar la colaboración público-privada en la financiación de la investigación del cáncer.
- Retener el talento científico a través del apoyo específico a los jóvenes investigadores.
- Impulsar la innovación en cáncer.
- Mejorar la fiscalidad del mecenazgo para que se incremente el porcentaje del PIB a la filantropía científica.
- Promover ensayos clínicos no comerciales con la participación de grupos cooperativos en los mismos.
- Orientar los esfuerzos en investigación sobre la base de la evidencia empírica y a las necesidades sociales y epidemiológicas del cáncer en España.



Fuentes y referencias bibliográficas



Fuentes de datos utilizadas

Para la realización de este informe se han extraído datos de las siguientes fuentes, tanto primarias como secundarias:

- Instituto Nacional de Estadística, Estadística del Padrón Continuo 2021
- Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Población Activa del 3^{er} trimestre del 2021
- Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Condiciones de Vida 2020
- Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Continua de Hogares 2021
- Observatorio del Cáncer de la AECC. Estimación de los principales indicadores epidemiológicos 2021 [Proyectados a partir de datos de GLOBOCAN Now 2020]
- Instituto Nacional de Estadística. INE base. Encuesta Europea de Salud en España 2020
- Ministerio de Consumo. Estudio sobre la Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España (ALADINO) 2019
- Gasol Foundation. Physical Activity, Sedentarism and Obesity of Spanish youth. (PASOS) 2019
- Observatorio de la AECC. Estudio "Espacios sin humo en España, ¿Dónde estamos? ¿Dónde queremos estar?" (2018)
- EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019
- SECPAL. Geodirectorio de recursos de cuidados paliativos. Diciembre de 2017
- Observatorio del Cáncer de la AECC. Estudio de distancias a las unidades de radioterapia en España, 2018 [Actualización con datos de SEOR 2020]
- Observatorio del Cáncer de la AECC. Estudio sobre atención psicológica en cáncer en el SNS, 2018
- Observatorio del Cáncer de la AECC. Estudio sobre malestar psicológico en pacientes de cáncer, 2020
- Observatorio del Cáncer de la AECC. Estudio de Toxicidad Económica del Cáncer 2018



Referencias bibliográficas

00/ Introducción

- [1] Health equity [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/topics/health_equity/en/, accessed 1 April 2019).
- [2] Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *Lancet* 1991; 338(8774): 1059-63.
- [3] Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q.* 2004; 82(1): 101-24
- [4] Krieger N. Discrimination and health. En: *Social epidemiology*. New York: Oxford; 2000. p. 36-74.
- [5] Mackenbach JP, Howden P. New perspectives on socioeconomic inequalities in health. *Perspect Biol Med* 2003; 46(3): 428-44.
- [6] Kawachi I. Income inequality and health. En: *Social epidemiology*. New York: Oxford; 2000. p. 95-116.
- [7] Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ* 2002; 80(2): 97-105.
- [8] Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promot. Int* 1991; 6(3): 217-228.
- [9] Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 2001; 358(9284): 833-6.
- [10] Whitehead M, Dahlgren G, McIntyre D. Putting equity center stage: challenging evidence-free reforms. *Int J Health Serv* 2007; 37(2): 353-61
- [11] Gomez EG. Equity, gender, and health: challenges for action. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(5-6): 454-6
- [12] European health report 2018. More than numbers – evidence for all. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/379862/who-ehr-2018-eng.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).
- [13] Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1, accessed 1 April 2019).
- [14] Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid (2010)
- [15] Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 2012; 26, 2: 182-189
- [16] Di M, Whitehead M, Gilson L, Dahlgren G, Tang S. Equity impacts of neoliberal reforms: what should the policy responses be? *Int J Health Serv* 2007; 37(4): 693-709
- [17] Lamfre L, Hasdeu S. Desigualdades sociales en salud y prácticas preventivas de cáncer en mujeres. evidencias a partir de la encuesta nacional de factores de riesgo 2018. Cuadernos de Investigación. Serie Economía 2019; 8: 68-96
- [18] Krieger N. Defining and investigating social disparities in cancer: critical issues. *Cancer Causes Control* 2005; 16(1): 5-14
- [19] Kurkure AP, Yeole BB. Social inequalities in cancer with special reference to South Asian countries. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006; 7(1): 36-40.
- [20] Trans-HHS Cancer Health Disparities Progress Review Group. Making Cancer Health Disparities History 2008. <http://www.hhs.gov/chdprg/>

[21] Trans-HHS Cancer Health Disparities Progress Review Group. Making Cancer Health Disparities History 2008. Disponible en: <http://www.hhs.gov/chdprg/>.

[22] Arias S. Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27(3): 341-348.

01.1.2/ Mercado de trabajo

[1] Henkel D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Curr Drug Abuse Rev* [Internet]. 2011;4(1):4-27.

[2] Żukiewicz-Sobczak W, Wróblewska P, Zwoliński J, Chmielewska-Badora J, Adamczuk P, Krasowska E, et al. Obesity and poverty paradox in developed countries. *Ann Agric Environ Med* [Internet]. 2014 Sep 4 [cited 2018 Oct 5];21(3):590-4.

[3] Freyer-Adam J, Gaertner B, Tobschall S, John U. Health risk factors and self-rated health among job-seekers. *BMC Public Health* [Internet]. 2011;11(1):659.

[4] Vancea M, Utzet M. How unemployment and precarious employment affect the health of young people: A scoping study on social determinants. *Scand J Public Health* [Internet]. 2017;45(1):73-84.

01.1.4/ Indicadores sociodemográficos

[1] Cacioppo, J. T. y Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York: Norton.

[2] Kroenke, C. H., Michael, Y. L., Poole, E. M., Kwan, M. L., Nechuta, S., Leas, E., Caan, B. J., Pierce, J., Shu, X. O., Zheng, Y. y Chen, W. Y. (2017). "Postdiagnosis social networks and breast cancer mortality in the after breast Cancer pooling project", en *Cancer*. 123 (7). Pp. 1228-37.

02.1.1/ Obesidad, alimentación y cáncer

[1] McTiernan A, Friedenreich CM, Katzmarzyk PT, et al. Physical activity in cancer prevention and survival: A systematic review. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2019; 51(6):1252-1261.

[2] Rezende LFM, Sá TH, Markozannes G, et al. Physical activity and cancer: an umbrella review of the literature including 22 major anatomical sites and 770 000 cancer cases. *British Journal of Sports Medicine* 2018; 52(13):826-833.

[3] Patel AV, Friedenreich CM, Moore SC, et al. American College of Sports Medicine Roundtable Report on physical activity, sedentary behavior, and cancer prevention and control. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2019; 51(11):2391-2402.

[4] Colditz GA, Wolin KY, Ghelert S. Applying what we know to accelerate cancer prevention. *Sci Transl Med* 2012;4(127):127rv4. doi:10.1126/scitranslmed.3003218

[5] Reidpath D, Burns C, Garrard J, Mahoney M, Townsend M. An ecological study of the relationship between social and environmental determinants of obesity. *Health Place*. 2002 Jun.; 8: 141-145.

[6] Martikainen PT, Marmot MG. Socioeconomic differences in weight gain and determinants and consequences of coronary risk factors. *Am J Clin Nutr*. 1999 Abr.; 69: 719-726

[7] French SA, Story M, Neumark-Sztainer D, Fulkerson JA, Hannan P. Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioural and psychosocial variables. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001 Dic.; 25: 1823-1833.

[8] Ortiz-Moncada R, Álvarez-Dardeta C, Miralles-Bueno J, Ruiz-Cantero MT, Dal Re-Saavedrad, MA, Villar-Villalbad C, Pérez-Farinós N, Serra-Majem L. Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. *Med Clin*. 2011;137: 678-84

[9] King, G., Lee, C., Kivinen, E., Hrabovszki, G y Fell, D. *Understanding Food in the Context of Poverty, Economic Insecurity and Social Exclusion*. Brook Lyndhurst for the Food Standards Agency in Northern Ireland. (2015)

[10] Turrel, G y Vandevijvere, Socioeconomic inequalities in diet and body weight: evidence, causes and intervention options. *Public Health Nutrition*. (2015). 18(5), 759 - 763.

[11] Oude, J., Van Lenthe, F.J., Beenackers, M.A y KAmphius, C.B.. Does social distinction contribute to socioeconomic inequalities in diet: the case of "superfoods" consumption. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. (2017) 14 (40), 1 -7.

[12] Weihe, P., Spielmann, J., Kielstein, H., Henning-Klusmann, J., & Weihrauch-Blüher, S. (2020). Childhood Obesity and Cancer Risk in Adulthood. *Current obesity reports*, 9(3), 204–212. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00387-w>

02.1.2/ Actividad física y sedentarismo

[1] Liu L, Shi Y, Li T, et al. Leisure time physical activity and cancer risk: evaluation of the WHO's recommendation based on 126 high-quality epidemiological studies. *British Journal of Sports Medicine* 2016; 50(6):372-378

[2] Pizot C, Boniol M, Mullie P, et al. Physical activity, hormone replacement therapy and breast cancer risk: A meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Cancer* 2016; 52:138-154

[3] Schmid D, Behrens G, Keimling M, et al. A systematic review and meta-analysis of physical activity and endometrial cancer risk. *European Journal of Epidemiology* 2015; 30(5):397-412

[4] Psaltopoulou T, Ntanasis-Stathopoulos I, Tzannis IG, et al. Physical activity and gastric cancer risk: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Journal of Sports Medicine* 2016; 26(6):445-464.

[5] Patel AV, Friedenreich CM, Moore SC, et al. American College of Sports Medicine Roundtable Report on physical activity, sedentary behavior, and cancer prevention and control. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2019; 51(11):2391-2402.

[6] Eurothine. Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach. Rotterdam: Department of Public Health-University Medical Centre Rotterdam; 2007

[7] Grabauskas V, Petkeviciene J, Kriauciociene V, Klumbiene J. Health inequalities in Lithuania: education and nutrition habits. *Medicina (Kaunas)*. 2004; 40 (9) 875-83.

[8] Maestre-miquel, C; Regidor, E; Cuthill, F y Martinez, D. Desigualdad en la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo libre en población adulta española según su nivel de educación.

[9] Redondo A, Subirana I, Ramos R, Solanas P, Sala J, Mesía R, Schröder H, Marrugat J, Elosua R. Tendencias en la práctica de actividad física en tiempo libre en el periodo de 1995- 2005 en Girona. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64 (11): 997-1004.

[10] Bauman A, Ma G, Cuevas F, Omar Z, Waqanivalu T, Phongsavan P, Keke K, Bhushan A; Equity and Noncommunicable Disease Risk Factors Project Collaborative Group. Cross-national comparisons of socioeconomic differences in the prevalence of leisure-time and occupational physical activity, and active commuting in six Asia-Pacific countries. *J Epidemiol Community Health*. 2011; 65(1):35-43.

02.1.3/ Consumo de tabaco

[1] U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, 2014. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

[2] U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.

[3] Office of the Surgeon General (US); Office on Smoking and Health (US). The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US)

[4] International Agency for Research on Cancer (2012). Personal habits and indoor combustions. Volume 110E: A review of human carcinogens. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans.

02.1.4/ La exposición al humo del tabaco

[1] Taylor R, Najafi F, Dobson A. (2007), Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent. *Int J Epidemiol*. 36 (5): 1048- 59.

[2] Henderson et al. (2020), Secondhand smoke exposure and other signs of tobacco consumption at outdoor entrances of primary schools in 11 European countries, *Science of The Total Environment*, 743.

[3] Dreyfuss JH. Thirdhand smoke identified as potent, enduring carcinogen. *CA Cancer J Clin*. 2010;60(4):203-204.

[4] Lletjós P, Contente X, Arechavala T et al. (2018). Asociación entre el humo ambiental de tabaco y el estado de salud en la población infantil. *Gac Sanit*. 34(4):363-369.

[5] Observatorio de la AECC (2018). Estudio "Espacios sin humo en España, ¿Dónde estamos? ¿Dónde queremos estar?"

02.1.5/ Consumo de alcohol

[1] IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Alcohol consumption and ethyl carbamate. Exit Disclaimer. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks in Humans 2010;96:3-1383.

[2] IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Personal habits and indoor combustions. Volume 100 E. A review of human carcinogens. Exit Disclaimer IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks in Humans 2012;100(Pt E):373-472.

[3] Colditz GA, Wolin KY, Ghelert S. Applying what we know to accelerate cancer prevention. *Sci Transl Med* 2012;4(127):127rv4. doi:10.1126/scitranslmed.3003218

02.2.1/ Prueba de sangre oculta en heces

[1] Molina-Barceló et al. (2021) Desigualdades de acceso a los programas de cribado del cáncer en España. *Revista Española de Salud Pública*, 95

02.3.1/ Impacto económico y laboral

[1] Observatorio del Cáncer de la AECC (2020). Estudio sobre malestar psicológico en pacientes de cáncer. Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/informes/impacto-de-la-pandemia-de-la-covid-19-en-personas-afectadas-por-cancer-en-espana>

[2] Observatorio del Cáncer de la AECC (2018). Estudio de Toxicidad Económica del Cáncer.

02.3.2/ Impacto social

[1] Cacioppo, J. T. y Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York: Norton.

[2] Kroenke, C. H., Michael, Y. L., Poole, E. M., Kwan, M. L., Nechuta, S., Leas, E., Caan, B. J., Pierce, J., Shu, X. O., Zheng, Y. y Chen, W. Y. (2017). "Postdiagnosis social networks and breast cancer mortality in the after breast Cancer pooling project", en *Cancer*. 123 (7). Pp. 1228-37.

[3] Observatorio del Cáncer de la AECC (2020). Estudio sobre malestar psicológico en pacientes de cáncer. Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/informes/impacto-de-la-pandemia-de-la-covid-19-en-personas-afectadas-por-cancer-en-espana>

[4] Wells, M., y Kelly, D. (2008). The loneliness of cancer [Editorial], en *European Journal of Oncology Nursing*. 12(5), 410-411.

02.3.3/ Impacto emocional

[1] Hernández et al. (2013), La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento, *Clínica y Salud*, 24(1)

[2] Observatorio del Cáncer de la AECC (2020). Estudio sobre malestar psicológico en pacientes de cáncer. Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/informes/impacto-de-la-pandemia-de-la-covid-19-en-personas-afectadas-por-cancer-en-espana>

[3] Yélamos et al. (2021). Psychosocial impact of the COVID-19 outbreak and lockdown on Spanish oncological patients: a quantitative approach. *Journal*

of Psychosocial Oncology, 39(3). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07347332.2021.1880523>

[4] Observatorio del Cáncer de la AECC (2018). Estudio sobre atención psicológica en cáncer en el SNS. Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/informes/estudio-sobre-la-atencion-psicologica-en-cancer-en-el-sistema-nacional-de-salud-en-espana>

02.4.1/ Radioterapia

[1] Observatorio del Cáncer de la AECC. Estudio de distancias a las unidades de radioterapia en España, 2018 [Actualización con datos de 2020 a partir de datos de SEOR disponibles en: <https://seor.es/directorio-hospitales/>]

02.4.2/ Al final de la vida

[1] SECPAL. Geodirectorio de recursos de cuidados paliativos. Diciembre de 2017. Accesible en: <https://arcg.is/oqTWzX>

[2] EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Accesible en: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>

[3] Análisis y evaluación de los recursos de cuidados paliativos de España. Monografías SECPAL, Nº 9. Madrid:2016.

[4] Cabañero Martínez MJ, Nolasco A, Melchor I et al. Lugar de fallecimiento de las personas con enfermedades susceptibles de cuidados paliativos en las diferentes comunidades autónomas de España. Anales Sis San Navarra 2020; 43(1).

[5] López-Valcárcel BG, Pinilla J, Barber P. Dying at home for terminal cancer patients: differences by level of education and municipality of residence in Spain. Gac Sanit 2018; 33: 568-574

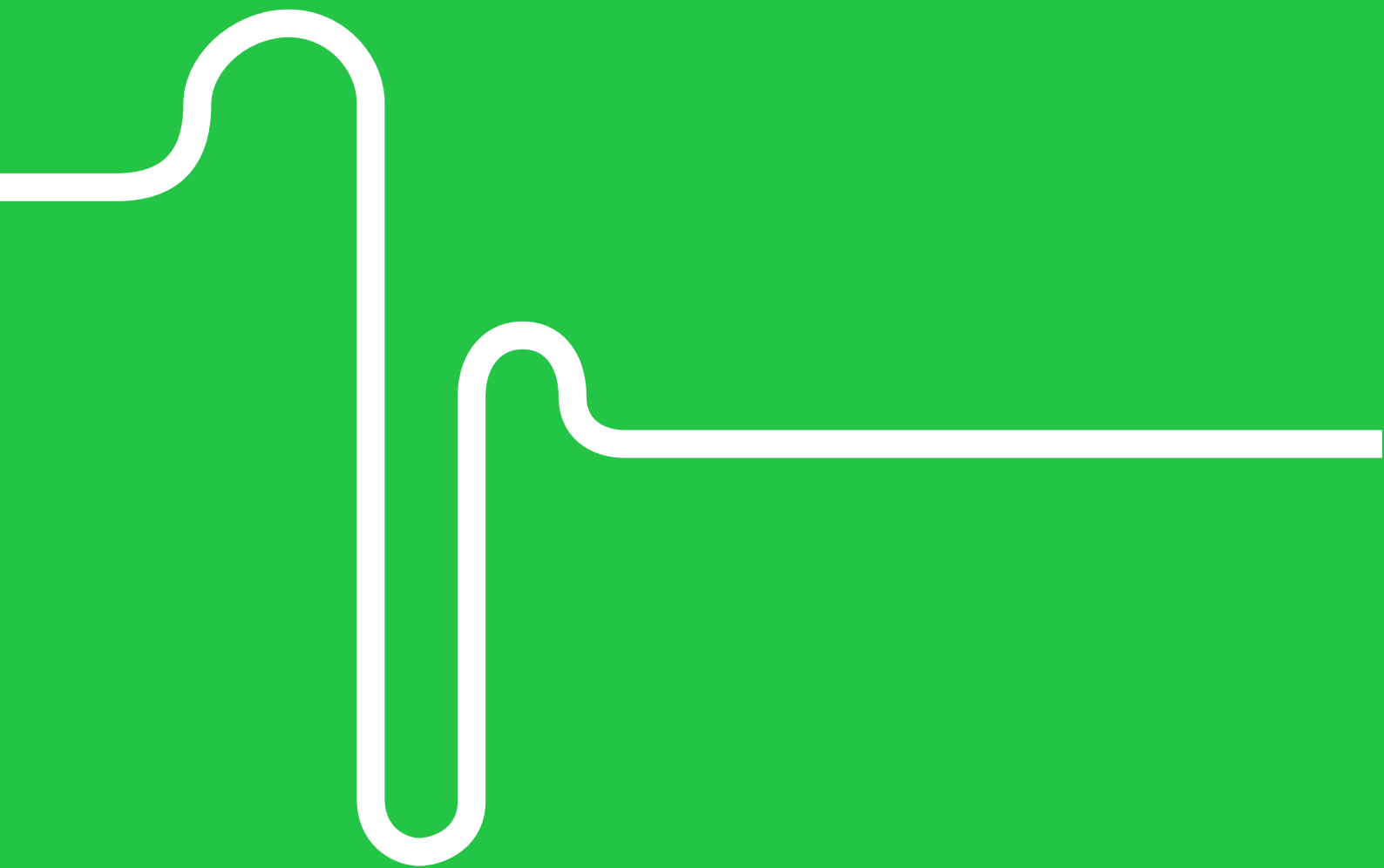
[6] <http://www.medicosypacientes.com/articulo/mas-de-77500-personas-no-tuvieron-acceso-cuidados-paliativos-en-2017>

02.5/ Para investigarlo

[1] Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, 2021, pág. 38. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_cancer_del_Sistema_Nacional_de_Salud_Actualizacion_2021.pdf

[2] ASEICA, Fundación la Caixa y AECC. Informe Comprometidos con la Investigación en Cáncer (2018). Información disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe-investigacion-cancer.pdf>

[3] Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). <https://redecn.org/es/estadisticas-en-linea/4/eurocare>



asociación
española
contra el cáncer

Tel. 900 110 036
www.asociacioncontraelcancer.es

