

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

Informe Ejecutivo



asociación
española
contra el cáncer



Índice

00/ Introducción	2
01/ El cáncer en España	4
01.1/ El contexto general de España	4
01.2/ Datos de incidencia de cáncer en España	6
01.3/ Datos de mortalidad por cáncer en España.	7
02/ Cáncer e inequidad	8
02.1/ Para prevenirlo	8
02.2/ Para detectarlo precozmente	14
02.3/ Para afrontar su impacto	14
02.4/ Para tratarlo	18
02.5/ Para investigarlo	20
03/ Conclusiones para la acción	22
03.1/ Qué hace la Asociación Española Contra el Cáncer	22
03.2/ Qué propone la Asociación Española Contra el Cáncer	24

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]

Equidad en salud desde tres perspectivas

- Equidad atendiendo a las necesidades de 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 de la diversidad

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 inequi-

dad 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]. 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. 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 senti-

do, 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.). 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

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. 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. 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.

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].

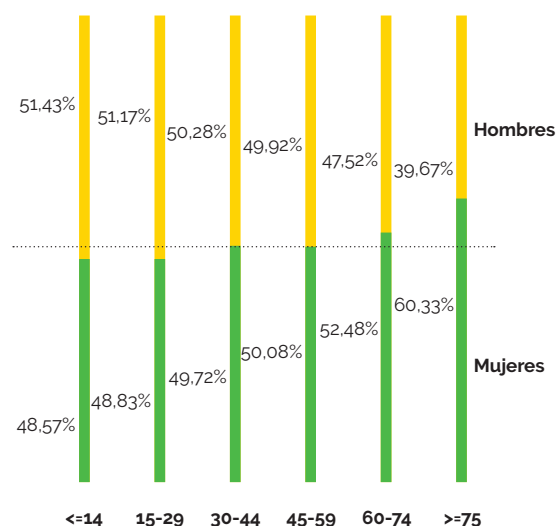
El propósito de este informe no es otro que el de visibilizar algunos de esos factores de inequidad, o lo que es lo mismo, visibilizar diferencias injustas e innecesarias que se dan en la población a la hora de tener un riesgo de desarrollar cáncer, de tratarlo, o de vivir con sus consecuencias. Se trata 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, 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.



01.1.2/ 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.

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]. Como vemos, las mujeres son significativamente más vulnerables a encontrarse en paro que los hombres, en España.



01.1.3/ Indicadores socioeconómicos y de vulnerabilidad

En España, la renta media por persona es de unos 12.300€ al mes, 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, veremos 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.



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, l.

Además, numerosas investigaciones explican el efecto negativo de las situaciones de soledad no deseada en la salud física y mental.

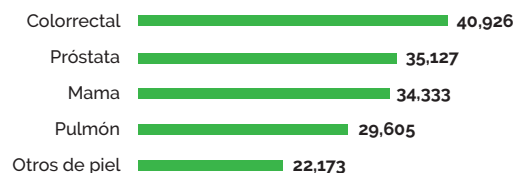


01.2/ Datos de incidencia de cáncer en España

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

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

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

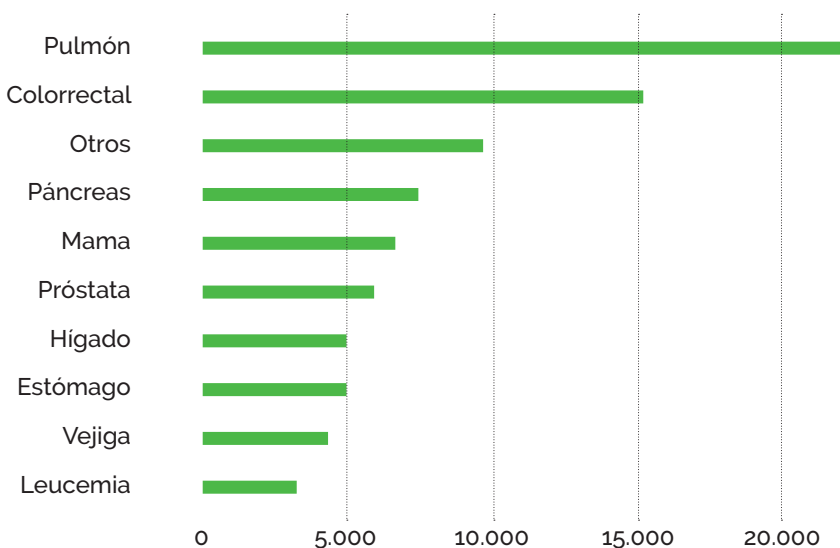


Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes



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

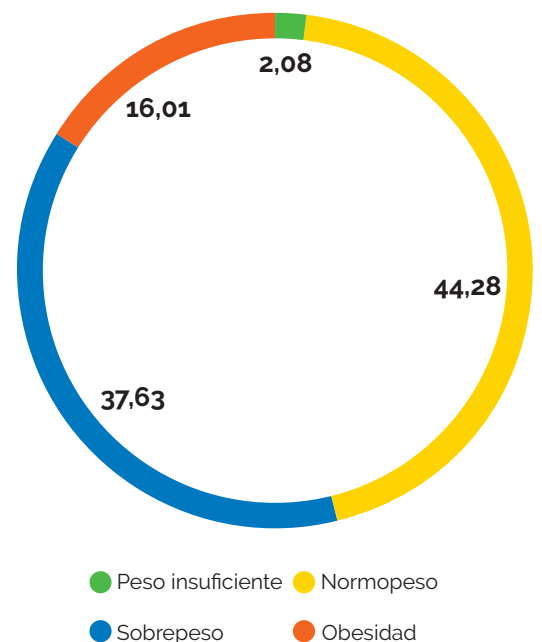
02.1/ Para prevenirlo

02.1.1/ Obesidad, alimentación y cáncer

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*.

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.

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].

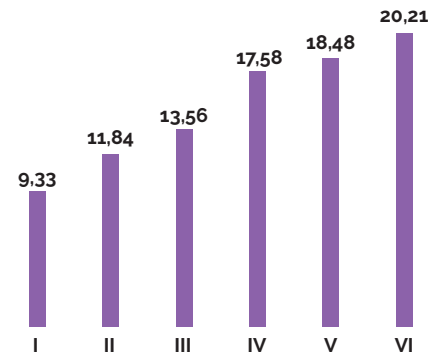
La prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en España es alta, aunque con distribución desigual por comunidades autónomas. Por territorio, la obesidad crece desde el norte hasta el sur, con altas prevalencias en el noroeste, siendo Andalucía, Murcia, Valencia, Canarias y Asturias algunas de las regiones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

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

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].

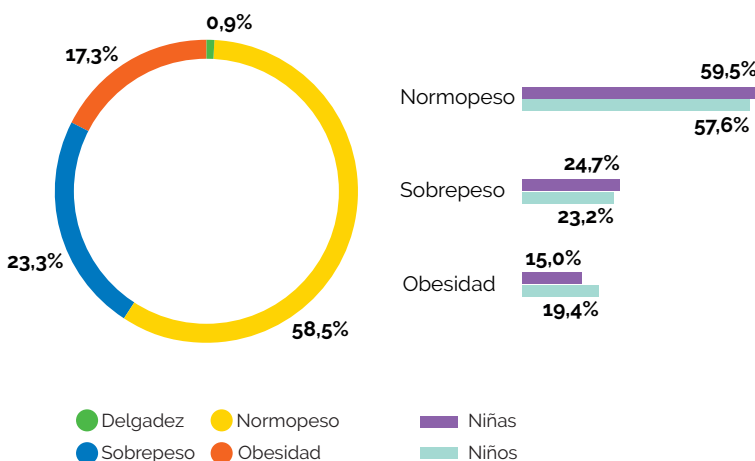
Estudios como ALADINO nos muestran que existe un fuerte gradiente social en el mismo: mientras que la obesidad y el sobrepeso afectan a un tercio de los niños y niñas procedentes de familias con ingresos superiores a los 30.000 euros al año, este problema aumenta hasta casi la mitad de los niños y niñas cuyas familias ingresan menos de 18.000 euros al año.

Porcentaje de personas con obesidad en España, por clase social

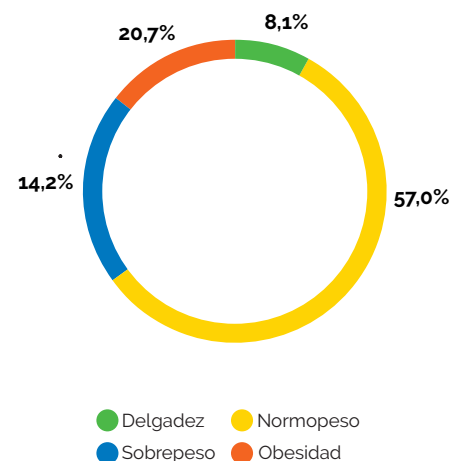


- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias 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

Porcentaje de obesidad en niños*, y cruce por sexo



Porcentaje de obesidad en adolescentes**

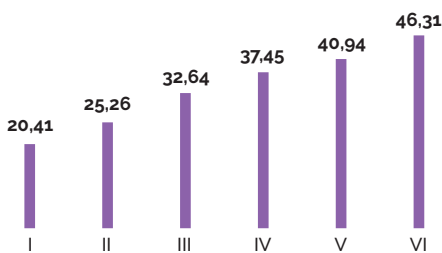
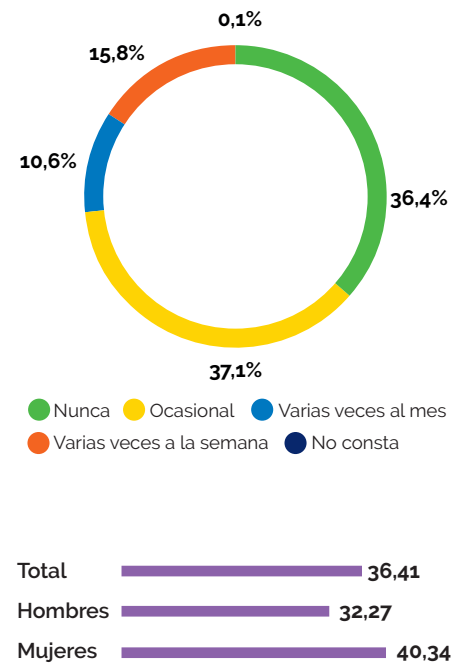


02.1.2/ Actividad física y sedentarismo

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.



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

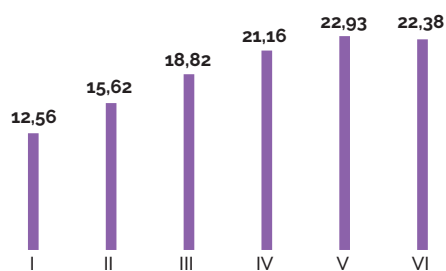
El consumo de tabaco es la principal causa evitable de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo.

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:



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 deshabitación tabáquica.



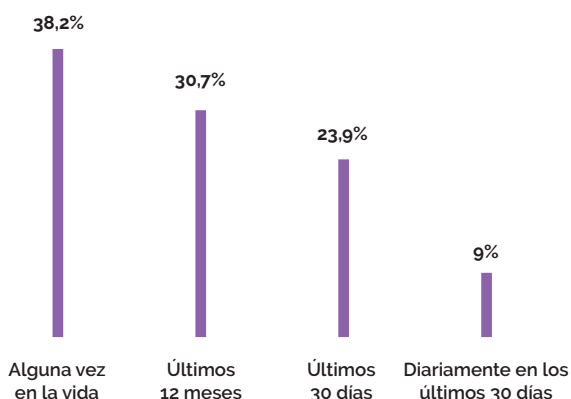
Porcentaje de población que fuma a diario por clase social

- 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

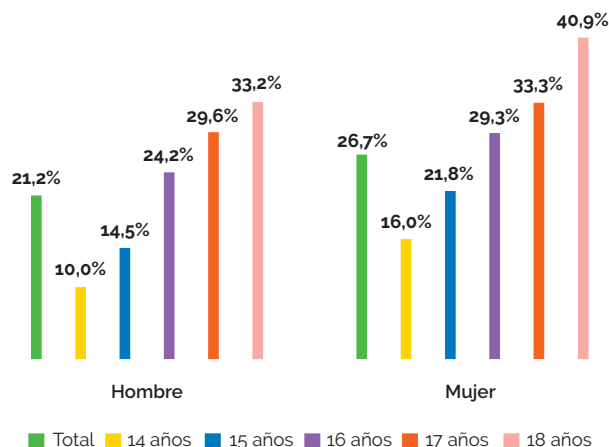
02.1.3.1/ Consumo de tabaco en adolescentes (de 14 a 18 años)

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



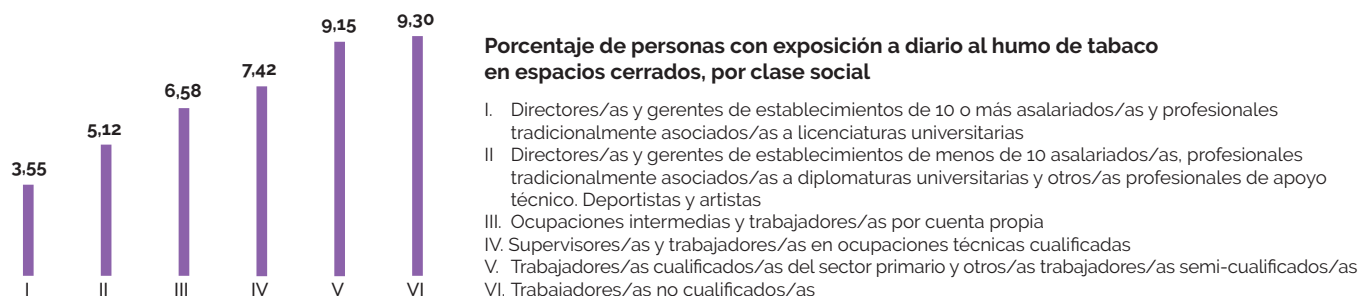
Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes en los últimos 30 días, por sexo y edad



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. 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.

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.



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

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].

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

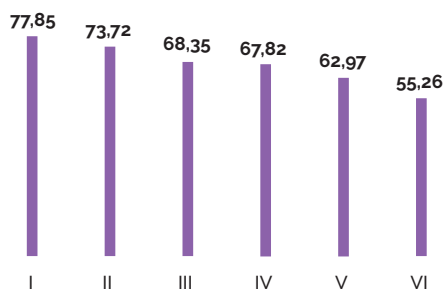
de alcohol (tan sólo 10 gr/día) se asocia con un aumento del riesgo de esta enfermedad, cuando se comparan mujeres bebedoras y no bebedoras. El consumo de alcohol está asociado al 7% de los casos de cáncer [3].

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.

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.

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.

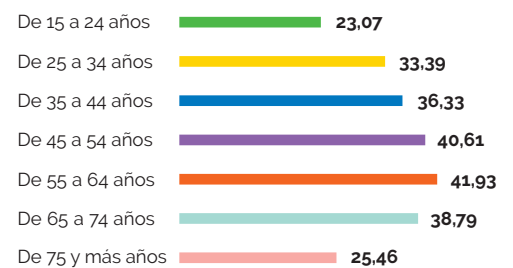
En el caso del consumo habitual del alcohol, el gradiente social es inverso al resto de factores de riesgo que hemos estado analizando hasta ahora. Si bien el consumo de grandes cantidades de alcohol durante los fines de semana sigue concentrándose en los estratos sociales menos favorecidos, el consumo 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.



Porcentaje de personas que consumen alcohol 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

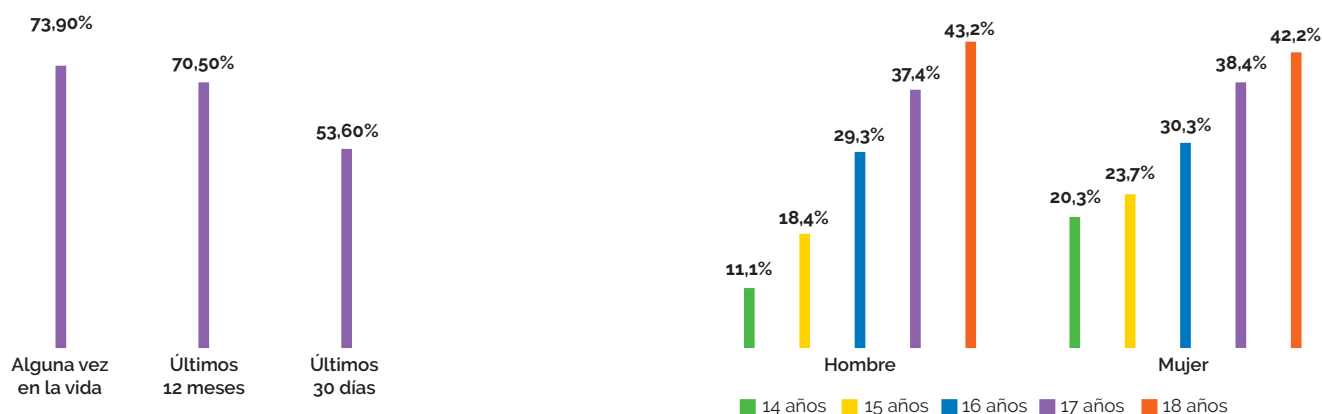
Consumo habitual de alcohol por franja de edad



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).

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

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.



Ministerio de Sanidad. Encuest Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 2020

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.

02.3/ Para afrontar su impacto

02.3.1/ Impacto económico y laboral

La 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].

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 27.803.

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.

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. 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€. 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.

02.3.2/ Impacto social

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 uni-personales 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.

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



02.3.3/ Impacto emocional

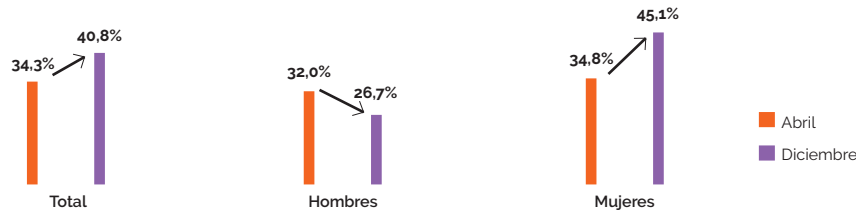
De acuerdo con la literatura especializada, sabemos que un diagnóstico de cáncer lleva aparejado un nivel de malestar emocional muy significativo en más de la mitad de los y las pacientes; malestar que llega a necesitar de intervención clínica en aproximadamente el 30% de los casos [1]. Además, sabemos 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.



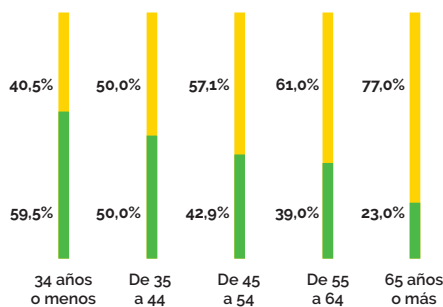
No obstante, sabemos que este malestar psicológico no se ha distribuido por igual a lo largo de la población con cáncer. A partir de un estudio realizado por Observatorio [2,3] en dos oleadas (durante abril de 2020 y diciembre de 2020), vimos que al inicio de la pandemia el porcentaje de pacientes con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

Si atendemos al porcentaje de malestar psicológico significativo por sexo, vemos que en el caso de los hombres ha habido una mejora 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.

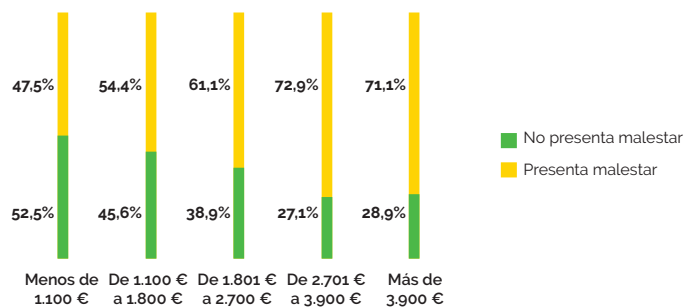
Evolución del malestar psicológico significativo en personas diagnosticadas de cáncer, abril/diciembre de 2020, por sexo



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



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



02.3.3.1/ Atención Psicológica en el Sistema Nacional de Salud

Como hemos visto con anterioridad, los estudios 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. El 90% de las CCAA no ofrecen atención psicológica especializada o la que ofrecen es insuficiente



- 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

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.

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.



Recursos asistenciales de cuidados paliativos

Según la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC por sus 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.

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.

Si hacemos el ejercicio de construir tasas por CCAA a partir del directorio de SECPAL, para obtener una comparativa del territorio nacional, vemos algunas CCAA 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].

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 pluridisciplinarios 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].



	Total	260
Recursos paliativos para adultos	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

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.

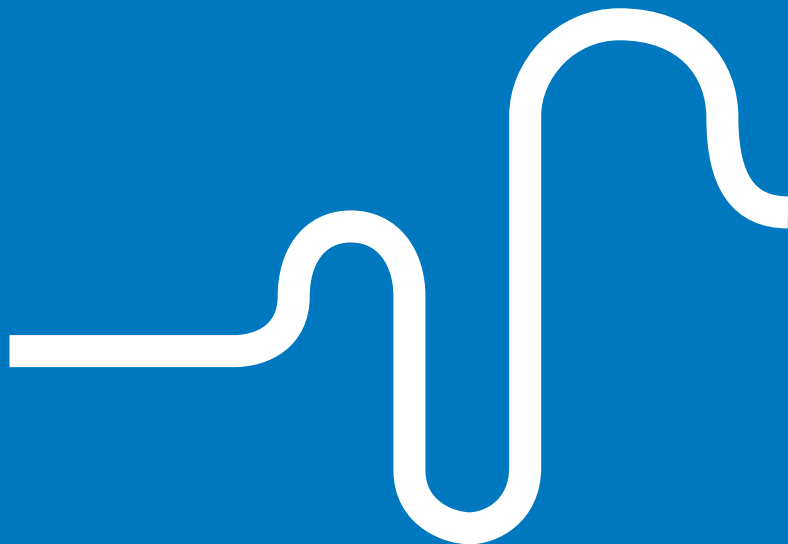
- Existen multitud de trabas burocráticas y barreras administrativas y jurídicas en los procesos de financiación de proyectos de investigación.

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. En España se diagnostican cada año alrededor de 100.000 casos de tumores con la supervivencia baja o estancada.



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.

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”
- **Proyectos en centros educativos** dirigidos a la promoción de actividad física y alimentación saludable movilizándolo a niños y jóvenes

Proyectos en entornos comunitarios para promover la actividad física movilizándolo a las personas

Conferencias y eventos informativos de **deshabitación tabáquica**, presencial, online para las personas fumadoras 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 cérvix. 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.

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.

Asesoramiento sanitario evaluación sistematizada del malestar emocional y de las necesidades del paciente.

Atención psicosocial formación profesionales sanitarios

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: Ayudas económicas para la atención a personas en exclusión socioeconómica:

Préstamo de productos de apoyo (ayudas técnicas y material ortoprotésico): Orientación de derechos y gestión de recursos públicos y privados: Inserción

laboral: Asistencia jurídico-laboral: 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 Asociación, es una entidad pionera en la atención en el final de la vida. Fue la primera entidad social en poner en marcha unidades domiciliarias multidisciplinarias de cuidados paliativos para pacientes con cáncer en España. Actualmente la Asociación ofrece intervención social, apoyo psicológico incluido en el duelo y voluntariado especializado en el acompañamiento en 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.

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.

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:

- 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 pro-

prios 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 inteligible 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.

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 solitud 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: desplazamien-

to 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.

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.

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.

