



Delivering High Value Cancer Care (Resumen)

El informe completo está disponible en inglés:

OECD/European Union (2026), *Delivering High Value Cancer Care: European Cancer Inequalities Registry Analytical Report*, OECD Publications, Paris, <https://doi.org/10.1787/060869fe-en>.

In the event of any discrepancy, only the text of the English version should be considered valid.

Los casos de cáncer han aumentado alrededor de un 30 % en los países de la UE desde el año 2000, con un incremento preocupante entre las mujeres jóvenes, lo que supone una gran carga para los sistemas sanitarios.

El cáncer es un problema importante de salud pública en los países de la UE que afecta cada vez más a la población joven. Se calcula que en 2024 cada minuto se diagnosticó cáncer a cinco personas en el conjunto de los 27 países de la UE, lo que representa 2,7 millones de nuevos casos de cáncer. Desde el año 2000, el número de nuevos casos de cáncer ha aumentado aproximadamente un 30 % en ambos sexos, y las estimaciones prevén medio millón de nuevos casos de aquí a 2040 (un aumento del 18 % con respecto a 2022). Entre las mujeres jóvenes, la tasa de nuevos casos de cáncer en relación con la población aumentó un 16 % en las dos últimas décadas, de 144 a 167 por 100 000, impulsada principalmente por el cáncer de tiroides, de mama, de piel y colorrectal. Si bien aún se están encontrando pruebas sobre las causas del aumento entre la población más joven, factores como los cambios en los patrones reproductivos (cáncer de mama); el aumento de la detección (cáncer de tiroides) o las exposiciones en las primeras etapas de la vida y la dieta (cáncer colorrectal) desempeñan un papel importante. Independientemente de la causa, los diagnósticos a edades más tempranas implican que los pacientes deben someterse a más años de tratamiento y seguimiento, lo que ejerce una presión constante sobre los sistemas sanitarios y afecta al bienestar y la situación socioeconómica de los pacientes durante muchos años.

El gasto sanitario relacionado con el cáncer en la UE se ha duplicado desde 1995 (de 54 000 a 120 000 millones de euros en 2023), y alcanzó el 6,9 % del gasto sanitario total en 2023. De aquí a 2050, se espera que el aumento del número de casos de cáncer, relacionado con el envejecimiento de la población y la supervivencia más larga de los pacientes que viven con cáncer, dé lugar a un gasto per cápita relacionado con el cáncer un 59 % más elevado en términos reales en los países de la Europa de los veintisiete. Estas tendencias evolucionarán en el contexto de la presión a la que están sometidos los presupuestos públicos

a causa de unas prioridades antitéticas en el seno de los gobiernos y de unas perspectivas económicas inciertas, lo que exige garantizar que se haga un uso eficiente de las inversiones en atención oncológica.

Podría ofrecerse una atención oncológica de mayor valor para los pacientes y los sistemas sanitarios

Siguen existiendo oportunidades para ofrecer una atención oncológica de mayor valor, como demuestran los retrasos en el acceso a este tipo de servicios, las diferencias innecesarias en la calidad y los resultados de la atención, y los servicios que no se ajustan sistemáticamente a las necesidades y preferencias de las personas.

Los retrasos en el acceso al diagnóstico y el tratamiento del cáncer siguen costando vidas. Si bien los programas de cribado poblacional del cáncer han demostrado ser rentables, ya que mejoran significativamente la detección precoz y dan lugar a una mayor supervivencia, su adopción sigue siendo desigual entre países y grupos sociales. Estas lagunas dan lugar a retrasos en los diagnósticos y a la pérdida de oportunidades de obtener un tratamiento temprano. Entre el 15 y el 40 % de los pacientes con cáncer colorrectal son diagnosticados a través de los servicios de urgencias, una vía asociada a resultados significativamente peores. Los datos de la OCDE muestran que los pacientes sometidos a cirugía de urgencia contra el cáncer colorrectal tienen hasta siete veces más probabilidades de fallecer en los treinta días siguientes al procedimiento que aquellos cuya cirugía estaba prevista. La escasez de mano de obra y de capacidad de diagnóstico, junto con la descoordinación de los sistemas de derivación de pacientes, agrava estos retrasos, especialmente en el caso de las poblaciones vulnerables y en las zonas rurales.

Las variaciones innecesarias en la práctica médica y la calidad de la asistencia dan lugar a una menor supervivencia o calidad de vida para algunos pacientes y contribuyen a un malgasto para el sistema sanitario. La práctica médica de la atención oncológica es extremadamente heterogénea en función de cada país, lo que plantea la cuestión de si la asistencia actual podría ser de mejor valor para los pacientes y los sistemas sanitarios. Por ejemplo, entre los países de la UE, la proporción de diagnósticos de cáncer de próstata en fase inicial en hombres de 75 años o más oscila entre el 53 % en los Países Bajos y el 81 % en Luxemburgo, lo que refleja la variación de las prácticas de cribado de este cáncer. Estas diferencias dan lugar a que algunos pacientes sean diagnosticados demasiado tarde, mientras que otros pacientes, cuyo cáncer de desarrollo lento no afectaría a su esperanza de vida, son diagnosticados innecesariamente, lo que da lugar a un tratamiento innecesario y genera un malgasto para el sistema sanitario. Además, la proporción de mastectomías parciales, que son menos invasivas y ofrecen unos beneficios de supervivencia similares a las mastectomías completas, oscila entre el 79 % en España y el 50 % o menos en Rumanía y Polonia.

Al mismo tiempo, las pruebas demuestran que cuatro de cada diez nuevos medicamentos contra el cáncer que la Agencia Europea de Medicamentos ha aprobado en los últimos veinticinco años muestran un valor terapéutico añadido negativo o poco claro con respecto a los tratamientos existentes para los pacientes, lo que pone de relieve la importancia de la evaluación de las tecnologías sanitarias a la hora de configurar las políticas de reembolso y fijación de precios (y de fundamentar las directrices clínicas) para garantizar que el gasto se ajuste al valor.

La encuesta PaRIS de la OCDE sugiere que las personas que viven con cáncer son más vulnerables que otros pacientes de atención primaria. Estas personas declaran que la salud física, el bienestar y el funcionamiento social son peores, y solo uno de cada tres sostiene que sus cuidados sean altamente personalizados. La escasa integración de los datos, la falta de coordinación asistencial y la limitada coproducción de la asistencia a los pacientes son factores clave que impiden una atención personalizada para los pacientes de cáncer. Las personas que padecen cáncer también se enfrentan a retos permanentes en materia de empleo, seguridad financiera y salud psicosocial: un diagnóstico de cáncer

reduce la probabilidad de encontrar empleo en un 14 % por término medio, con el mayor impacto en Europa Central y Meridional.

Cuatro prioridades para aumentar el valor de la atención oncológica

Todos los países de la UE, junto con Noruega e Islandia, ya están tratando de mejorar el valor de la atención oncológica mediante cuatro orientaciones políticas transversales.

- **Crear vías integradas contra el cáncer** que proporcionen un acceso oportuno, coordinado y equitativo a la asistencia. Para controlar el cáncer y sus costes asociados, es necesario pasar de unos servicios fragmentados a unas vías integradas de atención oncológica que vinculen el diagnóstico, el tratamiento y la supervivencia. La experiencia de Dinamarca y Suecia, por ejemplo, muestra que las rutas de derivación definidas, los objetivos de diagnóstico acotados en el tiempo y los equipos multidisciplinares reducen los tiempos de espera y mejoran la supervivencia. Las inversiones en plataformas digitales, las funciones de navegación asistencial y la coordinación regional son esenciales para colmar las desigualdades en función de la geografía y el grupo de población. La integración también optimiza el uso de los escasos recursos de diagnóstico y de mano de obra, mejorando tanto el acceso como la eficiencia.
- **Normas basadas en datos contrastados y seguimiento del rendimiento.** El control sistemático de la calidad, como el que se da en los sistemas nacionales de acreditación y certificación, la aplicación de normas de volumen mínimo y el seguimiento del cumplimiento de las directrices clínicas garantizan que la atención sea eficaz. La certificación de la atención oncológica y las normas de calidad clínica de Alemania, así como los mecanismos transparentes de valoración de la calidad de los Países Bajos, son ejemplos de mejoras continuas de la atención que pueden aumentar las tasas de supervivencia. La ampliación de las plataformas de datos en tiempo real que supervisan la puntualidad del diagnóstico del cáncer, la atención de seguimiento y la calidad de la atención oncológica, incluidos los indicadores notificados por los pacientes, también contribuyen a llevar un seguimiento de los resultados que más importan a las personas, impulsando así la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora continua para reducir la atención oncológica de bajo valor.
- **Optimizar el uso de los recursos y adoptar la innovación tecnológica.** Políticas como el cribado estratificado por riesgo, la asistencia en hospital de día frente a la atención en régimen interno y la adopción de medicamentos biosimilares pueden generar grandes mejoras de eficiencia sin comprometer la calidad. Avanzar hacia centros especializados de perfusión, la cirugía ambulatoria y el tratamiento a domicilio (como se establece en la hoja de ruta nacional contra el cáncer 2021-2026 de Francia) son buenos ejemplos de prácticas que pueden garantizar una atención de alta calidad en lugares menos costosos. Al mismo tiempo, las recomendaciones guiadas por médicos, como «Choosing Wisely», ofrecen iniciativas útiles para reducir la atención oncológica de bajo valor. La innovación tecnológica, como el cribado asistido por IA, el diagnóstico molecular o la cirugía asistida por robots, también contribuye a garantizar que los recursos se destinen a intervenciones que aporten valor.
- Convertir **el tratamiento personalizado en un pilar del rendimiento de los sistemas para el tratamiento del cáncer.** Una mayor participación en la toma de decisiones, el apoyo a la autogestión y un seguimiento coordinado son cuestiones de gran importancia para las personas que padecen cáncer. Por ejemplo, Dinamarca ofrece planes personalizados de atención oncológica y apoyo a la orientación para la coordinación asistencial, mientras que Estonia utiliza herramientas digitales para la capacitación de los pacientes. Abordar las dimensiones social y económica del cáncer requiere ir más allá de la atención clínica para apoyar el bienestar psicológico, social y financiero. La legislación sobre el «derecho al olvido», adoptada actualmente

solo en un tercio de los países de la UE, es fundamental para prevenir la discriminación y mejorar las oportunidades vitales.

En una época en que las prioridades gubernamentales están en conflicto, junto con las limitaciones de capacidad y de mano de obra en el propio sistema sanitario, debe hacerse hincapié en garantizar una atención oncológica de alto valor que contribuya a mejorar los resultados sanitarios y la calidad de vida de las personas. Ha llegado el momento de mejorar las políticas de atención oncológica para satisfacer la demanda creciente y garantizar unos resultados sanitarios óptimos mediante un acceso más rápido, una intervención temprana y una atención eficiente y basada en datos contrastados; y deben primar los enfoques personalizados que reflejen los valores y preferencias de los pacientes.

This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD and the President of the European Commission. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the OECD Member countries or of the European Union.

The names of countries and territories and maps used in this joint publication follow the practice of the OECD.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

Specific territorial disclaimers applicable to the OECD:

The statistical data for Israel are supplied by and under the responsibility of the relevant Israeli authorities. The use of such data by the OECD is without prejudice to the status of the Golan Heights, East Jerusalem and Israeli settlements in the West Bank under the terms of international law.

Note by the Republic of Türkiye

The information in this document with reference to “Cyprus” relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the “Cyprus issue”.

Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union

The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

© OECD/European Union 2026



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

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

Attribution – you must cite the work.

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

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

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

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

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