

2. La carga y el coste del cáncer en España

El cáncer es la principal causa de muerte en España. La mortalidad total por cáncer era de unos 94.100 casos en 2003 (59.500 en hombres y 34.600 en mujeres), lo que representa alrededor del 29% de todas las causas de muerte. El cáncer es la causa principal de muerte en hombres y la número dos en mujeres, después de las enfermedades cardiovasculares. Los tumores más afectados en términos de impacto sobre la mortalidad son el cáncer de pulmón, el colorrectal y el de próstata en hombres, y el de mama así como el colorrectal en mujeres, cada uno con más de 5.000 muertes por año.⁴ La evolución de la tasa de mortalidad global por cáncer es compleja y varía en las distintas regiones de España. Es probable que haya varios factores que influyan sobre la diferencia en las tasas de mortalidad registradas, especialmente los registros de cáncer basados en la población, la comunicación obligatoria, la calidad de los registros sobre causa de muerte, el acceso a pruebas sistemáticas y asistencia sanitaria y las diferencias en la asistencia entre las distintas comunidades.

En España, el cáncer representa más del 17% de la carga de la enfermedad en hombres y el 14% en mujeres, sólo superado por la discapacidad debida a problemas neuropsiquiátricos y por encima de las enfermedades cardiovasculares. La proporción del gasto sanitario asignada al cáncer (5-7%) es significativamente menor que la proporción de la carga de la enfermedad. Los estudios disponibles muestran que los costes indirectos representan entre el 20% (según método del coste de fricción) y el 70% (según método del capital humano) de los costes totales del cáncer.⁶ Los antineoplásicos innovadores aumentarán en términos absolutos el coste de los fármacos contra el cáncer, y la proporción que representan del coste sanitario total.¹⁵



Incidencia y mortalidad del cáncer

En España, se diagnostican anualmente unos 162.000 casos de cáncer, según extrapolaciones recientes (excluyendo el cáncer de piel no melanoma). El tumor más frecuente, en términos absolutos, es el cáncer colorrectal, con 25.600 casos anualmente, seguido por el cáncer de pulmón con 18.800 casos y el cáncer de mama en mujeres, con 15.979 casos.¹

Hay varios factores que influyen en la evolución de las tasas de incidencia en España. La población española ha estado creciendo durante varios años (crecimiento del 7,45% entre 1999 y 2004), fundamentalmente debido a la inmigración, con un aumento en 2004 de alrededor del 14% en comparación con 2003.² Además, el envejecimiento de la población significa que la incidencia global de cáncer aumentará. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) proporciona los datos más actuales sobre la incidencia y la mortalidad debida al cáncer (con datos de incidencia hasta 1997 y datos de mortalidad hasta 2002).³ Los datos proce-

La incidencia de cáncer está aumentando en España y las razones son muchas. Entre las más importantes están el envejecimiento de la población y un diagnóstico más precoz.

– Aunque el aumento de las tasas de mortalidad se ha frenado, el cáncer es responsable actualmente de alrededor de 94.000 muertes anuales, el 29% de todas las muertes.

– En 2004, el cáncer explicó el 14%-17% de todos los 'años sanos' perdidos de mujeres

y hombres en España. Sin embargo, la proporción del gasto sanitario asignada al cáncer es significativamente menor que la proporción de la carga de la enfermedad, menos del 10% de los gastos sanitarios totales (ej., 9,1% en Cataluña).

– Los fármacos para el cáncer representan sólo el 6% de las ventas farmacéuticas totales en España y alrededor del 15% del gasto sanitario directo total y el 5% del coste total del cáncer (costes directos e indirectos).

Figura 2.1. INCIDENCIA DE CÁNCER EN MUJERES EXPRESADA COMO TASA MUNDIAL ESTANDARIZADA POR EDAD (POR 100.000) EN CINCO REGIONES DE ESPAÑA DE 1973 A 1997³

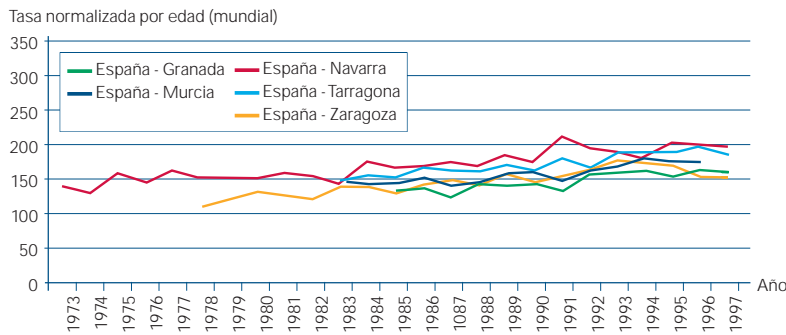


Figura 2.2. INCIDENCIA DE CÁNCER EN HOMBRES EXPRESADA COMO TASA MUNDIAL ESTANDARIZADA POR EDAD (POR 100.000) EN CINCO REGIONES DE ESPAÑA DE 1973 A 1997³

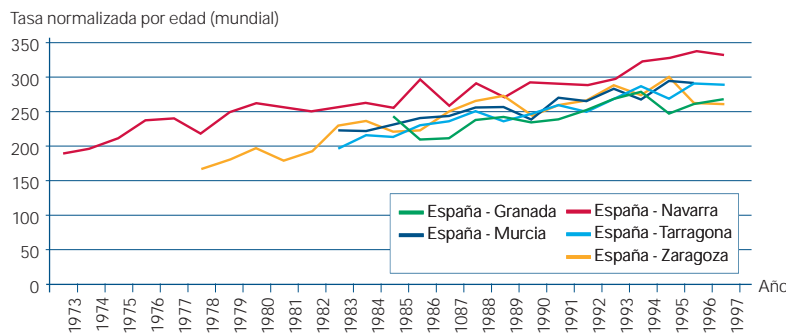
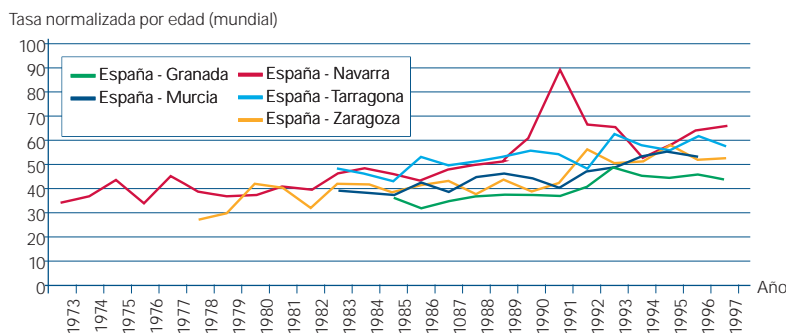


Figura 2.3. INCIDENCIA DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES EXPRESADA COMO TASA MUNDIAL ESTANDARIZADA POR EDAD (POR 100.000) EN CINCO REGIONES DE ESPAÑA DE 1973 A 1997³



den de registros de cáncer seleccionados de España. Estos datos se expresan como “tasa normalizada por edad”; se trata de una medida resumida de una tasa que tendría una población si tuviera una estructura de edad estándar y, como la edad tiene una influencia tan poderosa sobre el riesgo de cáncer, es necesaria al comparar varias poblaciones que

difieren con respecto a la edad. La incidencia estándar usada con más frecuencia se denomina tasa mundial estandarizada por edad, que se expresa por 100.000 personas.

Durante el periodo 1963-1997, hubo un aumento del 30% en la incidencia global de todos los cánceres (excepto el cáncer de piel no melanoma) en España (figuras 2.1-2.5).

El aumento de la incidencia no se explica totalmente por el envejecimiento de la población. Los factores del estilo de vida, como el aumento de la prevalencia de mujeres fumadoras, el cambio en los hábitos de exposición al sol y las menores tasas de reproducción, contribuyen a un aumento de la incidencia de cáncer.

El cáncer es la principal causa de muerte en España. La mortalidad total por cáncer era de unos 94.100 casos en 2003 (59.500 en hombres y 34.600 en mujeres), lo que representa alrededor del 29% de todas las causas de muerte. El cáncer es la causa principal de muerte en hombres y la número dos en mujeres, después de las enfermedades cardiovasculares. Los tumores más afectados en términos de impacto sobre la mortalidad son el cáncer de pulmón, el colorrectal y el de próstata en hombres, y el de mama así como el colorrectal en mujeres, cada uno con más de 5.000 muertes por año.⁴

En todos los tumores, España ocupa un lugar intermedio entre los países europeos. Los hombres españoles tienen mayores tasas de mortalidad en diversos cánceres, especialmente los correlacionados con el consumo de tabaco (ej., de boca, de laringe, de estómago, de pulmón, linfoma de Hodgkin) mientras que las mujeres españolas están en el extremo inferior de las tasas de mortalidad en Europa. Sólo las cifras de cáncer de hígado, cervix y de linfoma de Hodgkin están por encima de la media europea.⁴

La evolución de la tasa de mortalidad global por cáncer es compleja y varía en las distintas regiones de España. Es probable que haya varios factores que influyan sobre la diferencia en las tasas de mortalidad registradas, especialmente los registros de cáncer basados en la población, la comunicación obligatoria, la calidad de los registros sobre causa de muerte, el acceso a pruebas sistemáticas y asistencia sanitaria y las diferencias en la asistencia entre las distintas comunidades. Las figuras 2.6-2.10 muestran la evolución de las tasas de mortalidad en España y en hombres y mujeres, respectivamente, para todos los cánceres, para el cáncer de mama en mujeres y para el cáncer de pulmón en mujeres y hombres, respectivamente.

En mujeres, la tasa de mortalidad ha estado disminuyendo significativamente en los años noventa en un 0,53% de media anual, fundamentalmente debido a la disminución de la mortalidad por cáncer de mama, estómago e hígado. Sin embargo, la mortalidad por cáncer de pulmón está aumentando rápidamente en las mujeres españolas (1,75% por año).

Figura 2.4. INCIDENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN EN MUJERES EXPRESADA COMO TASA MUNDIAL ESTANDARIZADA POR EDAD (POR 100.000) EN CINCO REGIONES DE ESPAÑA DE 1973 A 1997³

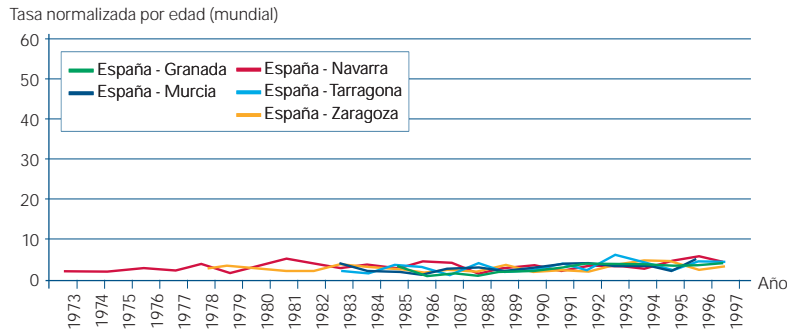
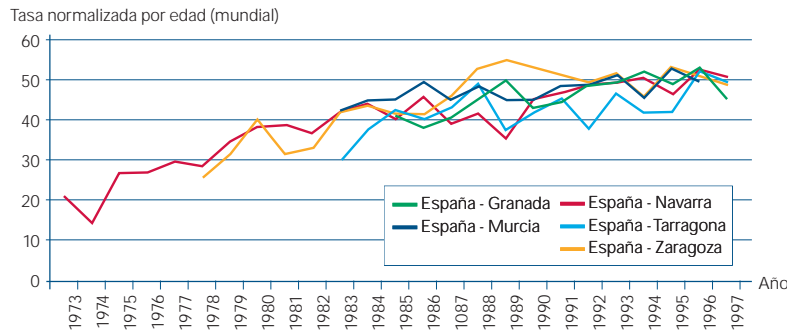


Figura 2.5. INCIDENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN EN HOMBRES EXPRESADA COMO TASA MUNDIAL ESTANDARIZADA POR EDAD (POR 100.000) EN CINCO REGIONES DE ESPAÑA DE 1973 A 1997³



En la última década, la mortalidad en hombres ha estado aumentando en un 0,10% por año fundamentalmente debido a aumento de las muertes por cáncer colorrectal. Sin embargo, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón finalmente muestran algunos signos de estabilización e incluso una disminución desde mediados de los años noventa.⁴

en un DALY como en un año perdido de vida 'sana' y la carga de la enfermedad es una medida de la diferencia entre el estado de salud real y una situación ideal en la que todo el mundo vive hasta una edad avanzada sin enfermedad ni discapacidad.

En España, el cáncer representa más del 17% de la carga de la enfermedad en hom-

bres y el 14% en mujeres, sólo superado por la discapacidad debida a problemas neuropsiquiátricos y por encima de las enfermedades cardiovasculares (tabla 2.1).⁵

Los costes del cáncer

Los costes del cáncer para la sociedad pueden dividirse en costes directos e indirectos:

- Los costes directos son los recursos empleados para la prevención, el tratamiento, etc.

- Los costes indirectos son los recursos perdidos por incapacidad para trabajar y son relevantes para las enfermedades que afectan de forma temprana y antes de la edad de jubilación. Entre los costes indirectos están los costes de producción perdida por ausencia temporal del trabajo, discapacidad permanente y muerte antes de los 65 años de edad.

Normalmente se utilizan dos métodos para medir los costes indirectos:

- Método del capital humano (CH): este método asume que cuando un trabajador abandona el mercado laboral, su productividad laboral se pierde hasta que el trabajador vuelve al trabajo, en caso de discapacidad transitoria, o hasta el final de su vida laboral en caso de discapacidad permanente.

- Método del coste de fricción (CF). En este método se supone que los trabajadores con discapacidad transitoria pueden compensar el trabajo perdido cuando vuelven a trabajar; los compañeros de trabajo pueden sustituirles en tareas urgentes y las tareas no urgentes pueden cancelarse. En el caso de discapacidad permanente o mortalidad precoz, el trabajador sería sustituido por una persona desempleada, cubriendo el puesto vacante.

Los estudios disponibles demuestran que los costes indirectos representan alrededor

La carga del cáncer

Las medidas de la carga de la enfermedad complementan a las estadísticas sobre la incidencia y prevalencia de la enfermedad y se usan sobre todo con fines de política sanitaria, más que para análisis epidemiológicos.

La medida de la carga del cáncer usada con más frecuencia son los "años de vida ajustados por discapacidad" o DALY (*disability-adjusted life years*). Se trata de una medida desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, que integra la mortalidad y la discapacidad. Puede pensarse

Tabla 2.1. DIEZ PRIMEROS GRUPOS DE DISCAPACIDAD COMO PORCENTAJES DE LOS DALY TOTALES PARA AMBOS SEXOS EN ESPAÑA, 2004⁵

N.º	Hombres Grupos de discapacidad	DALY totales en (%)	Mujeres Grupos de discapacidad	DALY totales en (%)
1	Problemas neuropsiquiátricos	24,4	Problemas neuropsiquiátricos	30,6
2	Neoplasias malignas	17,4	Neoplasias malignas	13,9
3	Enfermedades cardiovasculares	14,0	Enfermedades cardiovasculares	13,0
4	Enfermedades respiratorias	9,8	Enfermedades respiratorias	7,7
5	Lesiones involuntarias	9,2	Trastornos musculoesqueléticos	6,0
6	Enfermedades digestivas	4,8	Trastornos de los órganos de los sentidos	5,7
7	Trastornos de los órganos de los sentidos	4,0	Enfermedades digestivas	4,4
8	Trastornos musculoesqueléticos	3,1	Lesiones involuntarias	3,5
9	Enfermedades infecciosas y parasitarias	2,8	Diabetes mellitus	3,4
10	Diabetes mellitus	2,4	Enfermedades infecciosas y parasitarias	2,2

del 20% (CF) al 70% (CH) de los costes totales del cáncer.⁶ Sin embargo, algunos estudios se están quedando obsoletos y podría esperarse que el porcentaje de los costes directos sobre los costes totales aumente con el tiempo a medida que se dispone de más opciones de tratamiento. Los costes indirectos están dominados por el coste de la mortalidad en personas en edad laboral.⁶ Sin embargo, a medida que la supervivencia de los pacientes con cáncer mejora con una detección más precoz y las mejoras en el tratamiento del cáncer, puede esperarse que la parte de los costes indirectos relacionada con la morbilidad aumente y el porcentaje relativo a la mortalidad baje.

Costes directos e indirectos del cáncer en España

En un estudio realizado en 1998 en las Islas Canarias⁶ se investigó el impacto económico del coste directo e indirecto del cáncer en una región española. El coste total del cáncer fue de 194 millones de euros, de los cuales 58 millones de euros representaban el coste directo del tratamiento (30% del coste total) y 136 millones de euros, el coste indirecto (70% del coste total - método del capital humano). El uso del método de coste de fricción reveló que el coste indirecto disminuyó en un 77%. La figura 2.11 muestra la distribución total del coste en este análisis.

El coste total para los productos farmacéuticos fue de 9,35 millones de euros o 4,8% del coste total (coste directo y coste indirecto)

Figura 2.11. DISTRIBUCIÓN DE LOS COMPONENTES DEL COSTE PARA EL COSTE TOTAL DEL CÁNCER EN LAS ISLAS CANARIAS EN 1998⁶

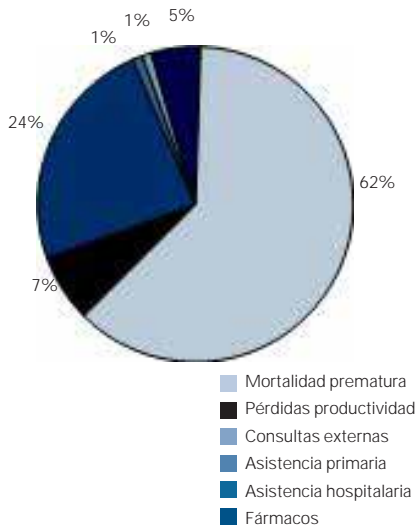


Figura 2.6. MORTALIDAD POR CÁNCER EN MUJERES 1950-2004 EXPRESADA COMO TASA MUNDIAL ESTANDARIZADA POR EDAD (POR 100.000) EN ESPAÑA, FRANCIA, ALEMANIA, ITALIA Y EL REINO UNIDO

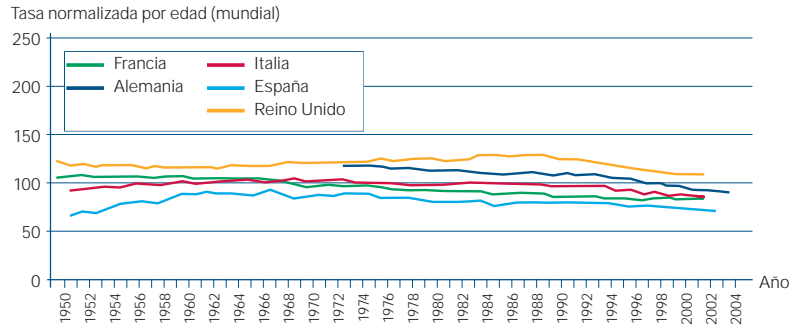
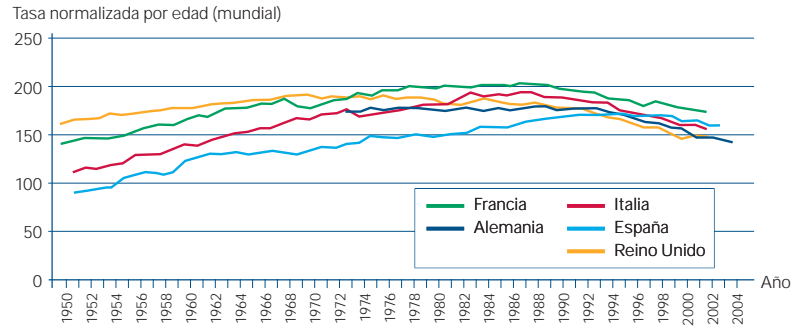


Figura 2.7. MORTALIDAD POR CÁNCER EN HOMBRES 1950-2004 EXPRESADA COMO TASA MUNDIAL ESTANDARIZADA POR EDAD (POR 100.000) EN ESPAÑA, FRANCIA, ALEMANIA, ITALIA Y EL REINO UNIDO.

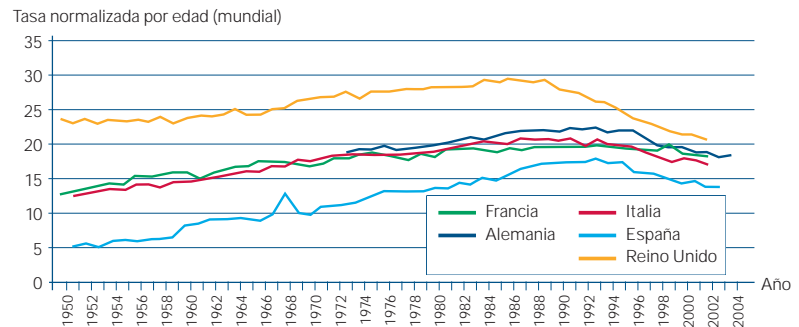


to) del cáncer en las Canarias. Los costes de los fármacos representaron alrededor del 16% de los costes de tratamiento directos totales.

En un estudio más reciente que incluyó a todas las comunidades autónomas españolas, realizado por Oliva, Velasco, Antoñanzas y colaboradores, se calcularon los costes direc-

tos e indirectos de diversos tipos de cáncer. El coste total del tratamiento del cáncer colorectal, de mama, de próstata y cérvix en España en 2003 ascendió a 1.730 millones de euros. 1.184 millones de euros fueron costes directos (68% del coste total) y 545 millones de euros (32% del coste total) fueron costes indirectos, como se muestra en la figura 2.12.

Figura 2.8. MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN MUJERES, 1950-2004, EXPRESADA COMO TASA MUNDIAL ESTANDARIZADA POR EDAD (POR 100.000) EN ESPAÑA, FRANCIA, ALEMANIA, ITALIA Y EL REINO UNIDO



El 15% del coste directo total para el tratamiento del cáncer fue atribuible a especialidades farmacéuticas, lo que es comparable con los datos de las Islas Canarias. Sin embargo, debe indicarse que el estudio de Oliva y cols. cubre sólo una selección de cánceres.

Los resultados de este estudio indican una menor proporción del coste indirecto (calculado con el método del capital humano) como parte de la carga total de enfermedad, que se debe a la duración del seguimiento en este estudio (sólo cinco años tras el diagnóstico) y en consecuencia subestima la verdadera carga del cáncer en España. Además, hay que tener en cuenta que este estudio se centró sólo en cánceres seleccionados y no incluye todos los tumores malignos. El cáncer de próstata, en el que la mayoría de los casos se dan en hombres jubilados, por ejemplo, tienen una proporción muy pequeña en cuanto a costes indirectos. Será interesante realizar más estudios en el futuro basados en modelos del tiempo de vida para calcular el coste total del cáncer en España.

Los datos de Oliva y cols.¹⁴ sobre el coste indirecto del cáncer de cérvix y de mama sólo demuestran que en 2003, el número de años de vida profesional productiva perdidos por el cáncer de mama en la población laboral fue de 28.077 para el cáncer de mama y 4.994 para el cáncer de cérvix, respectivamente. El porcentaje de muertes prematuras es con el 67% el mayor componente del coste indirecto por delante de la incapacidad permanente y temporal. La tabla 2.2 enumera la carga de coste indirecto de estos dos cánceres según los dos métodos de evaluación de costes indirectos usados con más frecuencia.

Figura 2.9. MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN MUJERES, 1950-2004, EXPRESADA COMO TASA MUNDIAL ESTANDARIZADA POR EDAD (POR 100.000) EN ESPAÑA, FRANCIA, ALEMANIA, ITALIA Y EL REINO UNIDO

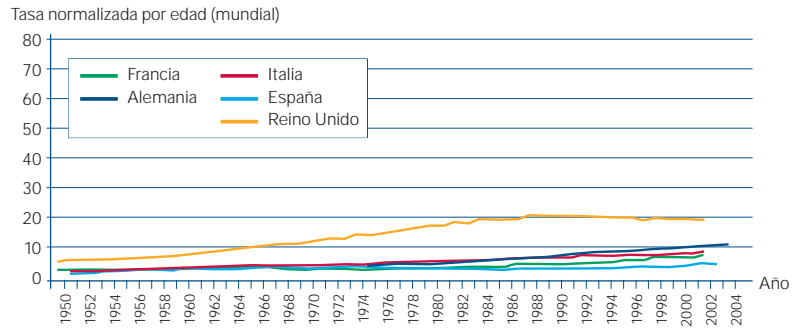
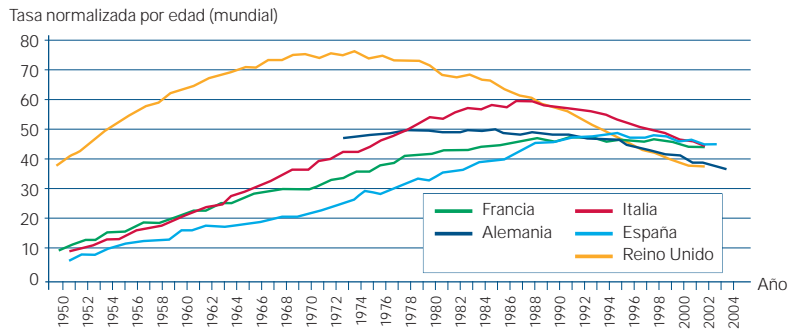


Figura 2.10. MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN HOMBRES, 1950-2004, EXPRESADA COMO TASA MUNDIAL ESTANDARIZADA POR EDAD (POR 100.000) EN ESPAÑA, FRANCIA, ALEMANIA, ITALIA Y EL REINO UNIDO



Existen grandes diferencias en la distribución de los costes indirectos entre los diferentes tipos de cáncer, siendo los cánceres de

mama y de pulmón los más importantes en términos de años de trabajo perdidos. Sin embargo, los costes debidos a la morbilidad

Figura 2.12. COSTE DEL CÁNCER (COLORRECTAL, DE MAMA, DE PRÓSTATA Y CÁNCER CÉRVIX) EN LAS COMUNIDADES ESPAÑOLAS.¹³

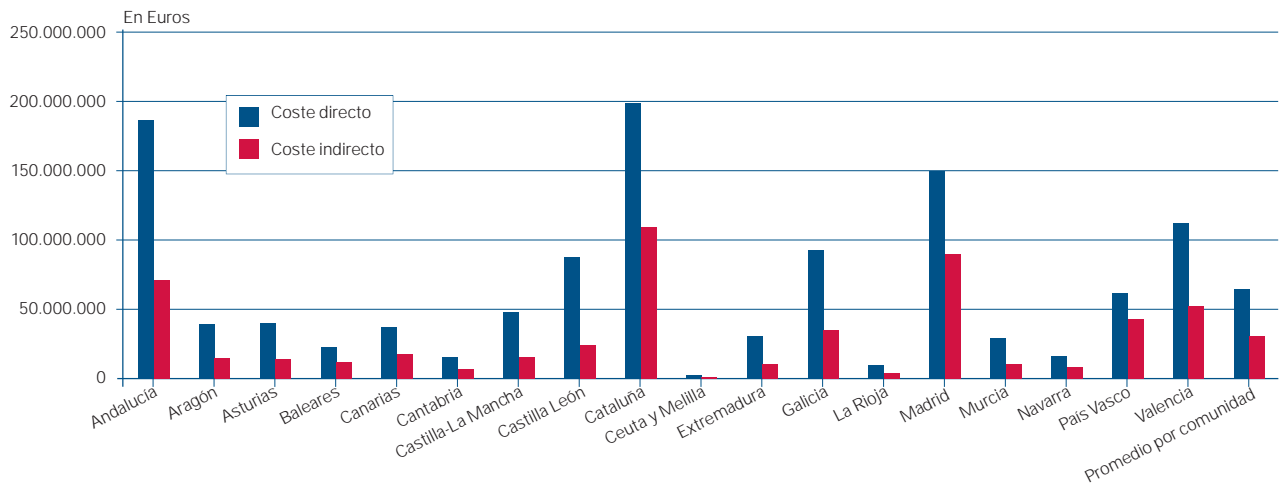


Tabla 2.2. COSTES INDIRECTOS (EUROS) DE LOS CÁNCERES DE MAMA Y CÉRVIX PARA EL AÑO 2003 EN ESPAÑA.¹⁴

	Mortalidad prematura	Discapacidad permanente	Discapacidad transitoria	Total
Método CH				
- Cáncer de mama	113.055.606	159.295.201	16.381.077	288.731.884
- Cáncer cervix	21.701.097	20.565.112	1.161.016	43.427.225
Método CF				
- Cáncer de mama	2.287.455	5.452.925	3.880.586	11.620.966
- Cáncer cervix	393.161	310.801	432.068	1.136.030

Tabla 2.3. COSTE DIRECTO DEL CÁNCER EN LOS PAÍSES DEL ESTUDIO EN 2002/2003. TOTAL EN MILLONES DE €,€ PER CÁPITA Y PROPORCIÓN DE LOS GASTOS SANITARIOS TOTALES

	Costes directos por cáncer (millones de €)	Costes directos por cáncer per cápita (€)	Costes del cáncer como % de los costes sanitarios totales	Gasto total sanitario' (millones de€)	Población' (2003)
Total	54.263	120	6.4	844.800	451.263.000
Francia	7.091	119	5.3	133.800	59.768.000
Alemania	12.100	150	5.4	224.000	82.502.000
España	3.855	92	6.5	59.300	41.874.000
Suecia	1.253	140	7.0 ^{10,11}	17.900	8.958.000
Reino Unido	10.823	182	10.6 ¹²	102.100	59.554.000

deben añadirse a este total para adquirir un mejor conocimiento de los costes indirectos del cáncer. Es importante asegurar que no se olvidan los costes indirectos cuando se valora el cuadro global de los costes del cáncer para la sociedad. A pesar del hecho de que la mayoría de los cánceres se producen en personas mayores, los costes indirectos del cáncer a menudo siguen siendo mayores que los costes directos y constituyen una parte importante de los costes totales de todas las enfermedades.

Como se muestra en la tabla 2.3, los costes sanitarios totales para el cáncer en los 19 países europeos cubiertos por la OCDE se calculan en 54.000 millones de euros o 120 euros por habitante (para este informe español se presenta sólo una selección de países). España, Francia, Alemania, Italia y el Reino Unido combinados representan tres cuartas partes del gasto total. Los datos correspondientes a Alemania y Francia indican que el 5,4%⁸ y el 5,3%⁹ de los presupuestos sanitarios totales, respectivamente, se gastan en el cáncer. La información de estos dos países está muy próxima a las estimaciones de EEUU, donde la proporción de los costes del cáncer se ha mantenido sistemáticamente en aproximadamente el 5% del gasto sanitario total desde 1963 hasta 1995. Donde no se dispone de estudios, se ha supuesto que el

cáncer representa el 6,5% del gasto sanitario total.

Comparando con una estimación del coste del cáncer en el presupuesto sanitario catalán (9,1%)¹⁶, parece que la estimación para España en la tabla 2.3 puede ser demasiado baja. Sin embargo, el presupuesto sanitario catalán no incluye los gastos sanitarios privados, para los que el cáncer podría ser una parte mucho menor que en el sector público. Suponiendo siete millones de habitantes, el gasto público per cápita en el cáncer es de 87 euros, que puede compararse con los 92 euros supuestos para los gastos totales en España como se muestra en la tabla 2.3. Hay

también incertidumbre acerca de lo representativa que pueda ser Cataluña del resto de España en términos de gasto en cáncer. A la espera de un estudio más preciso y amplio, la magnitud del gasto comunicada en la tabla 2.3 para 2002 podría no estar lejos de la cifra correcta.

El coste de los fármacos para el cáncer

El coste de los fármacos para el cáncer puede valorarse de varias maneras: 1) en términos absolutos; 2) en relación con el gasto sanitario total para el cáncer; y/o 3) en relación con el gasto total en fármacos. Uno de los retos al estimar y comunicar el coste de los fármacos para el cáncer es que el pago de los fármacos varía. Por ejemplo, en algunos casos, los fármacos para el cáncer se usan en pacientes dentro del hospital y por tanto, se pagan a través de un presupuesto hospitalario global o a través de un sistema de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). En este último caso, el presupuesto se asigna para los costes de hospitalización basado en una clasificación de los pacientes en diferentes categorías y procedimientos realizados. Además, algunos fármacos para el cáncer como los antieméticos (empleados para combatir las náuseas y vómitos que puede producir el tratamiento antineoplásico) los prescriben los médicos, se dan en la farmacia y los paga el sistema nacional de reembolso para fármacos de prescripción. Los

Tabla 2.4. PRESUPUESTO SANITARIO CATALÁN PARA EL CÁNCER

Servicios	€ (x1.000)	%
Asistencia hospitalaria	384.064	63
Asistencia a largo plazo	30.119	5
Asistencia primaria	22.716	4
Farmacia	94.727	16
Farmacia hospitalaria	77.595	13
Total	609.221	100

Tabla 2.5. COSTES DE LOS FÁRMACOS ANTINEOPLÁSTICOS EN DIFERENTES PAÍSES EN 2002/2003.⁸

	Gastos totales en fármacos per cápita (€ paridad de capacidad de compra)	Coste de los antineoplásicos (millones de €)	Coste de los antineoplásicos (€ per cápita)	Coste de los antineoplásicos (% de los costes totales en fármacos)
Total	329	5.050	11	3,4
Francia	467	978	16	3,5
Alemania	390	988	12	3,1
Italia	384	773	13	3,5
España	309	453	11	3,5
Suecia	351	110	12	3,5
Reino Unido*	275	574	10	3,5

*El gasto en fármacos para el Reino Unido se calcula de acuerdo con la fracción de fármaco y el gasto total en salud en el período 1995-1999.

copagos para los fármacos del cáncer son poco frecuentes, pero posiblemente deban ser tenidos en cuenta.

Resulta difícil obtener cifras sobre el gasto en fármacos para el cáncer a nivel de las comunidades. Tomando los datos de 2005 de Cataluña como ejemplo (*tabla 2.4*) puede verse que del presupuesto total para el cáncer, el 16% se gastó en farmacia (fármacos prescritos) y el 13% en la farmacia hospitalaria (fármacos usados en el hospital). En total, se gastó en fármacos el 29%, cifra que resulta mayor que la observada en estudios de otros países y también mayor que las cifras comunicadas en las Islas Canarias y las obtenidas en el estudio de Oliva y Antoñanzas. Per cápita, el coste para los fármacos antineoplásicos fue de 25 euros, suponiendo siete millones de habitantes en Cataluña.

La tabla 2.5 recoge los costes de los fármacos contra el cáncer en diferentes países de la UE en 2002/2003. Sin embargo, es importante reconocer que resulta difícil obtener datos fiables. Por tanto, las cifras presentadas son estimaciones basadas en suposiciones sobre la proporción de costes de fármacos gastadas en antineoplásicos en

los países en los que existen datos buenos. Se necesita más trabajo en esta área para llegar a cifras más precisas.

En el informe comparador europeo no se dispuso de datos sobre los costes de los antineoplásicos en España. La estimación que se presenta en la tabla 2.5 se basa en la suposición de que los antineoplásicos representan el 3,5% de los costes de todos los fármacos, en línea con la forma en que se suelen comunicar los costes de fármacos en las estadísticas de salud de la OCDE. El coste total de los fármacos se estimó en 11 euros por habitante, lo que supone al 12% del gasto sanitario total para el cáncer, dado que el coste sanitario total para el cáncer se estima en 92 euros por habitante. El coste total de los fármacos España se calcularía en aproximadamente 453 millones de euros.

Usando la cifra de Cataluña como referencia, la estimación de la tabla 2.5 podría ser baja. Realmente, viendo los gastos de algunos antineoplásicos seleccionados en España en 2004, el coste total ascendió a 649 millones de euros. Esta cifra dará una estimación per cápita de 15 euros, que sigue estando por debajo de la estimación para Cataluña.

Conclusiones

Esta sección del informe destaca la importancia del cáncer como problema sanitario frecuente e importante en términos de mortalidad, morbilidad y costes directos e indirectos, aunque la proporción de gasto sanitario asignada al cáncer (5-7%) es significativamente menor que la proporción de la carga de la enfermedad (que explica entre el 14% y el 17% de todos los DALY). Los costes sanitarios del cáncer están dominados por los costes de la asistencia intrahospitalaria y los costes de los fármacos representan alrededor del 15% del gasto sanitario total para el cáncer. El coste indirecto es un aspecto importante y la productividad perdida asociada a muchas preocupaciones supone una carga enorme en la sociedad española. Resulta preocupante que la introducción de nuevos antineoplásicos innovadores dará lugar a un aumento del coste de los fármacos contra el cáncer, tanto en términos absolutos como en cuanto a la proporción que representan de los costes sanitarios totales.¹⁵

Bibliografía

- López-Abente G, Pollán M, Aragonés N. et al. Situación del cáncer en España: incidencia. *An. Sist. Sanit. Navar* 2004; 27 (2): 165-173.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2004.
- CANCERmondial. International Agency for Research on Cancer. 2005. Available at: <http://www-dep.iarc.fr/>.
- Minsiterio de Sanidad y Consumo. ESTRATEGIA EN CÁNCER DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Líneas Estratégicas Priorizadas: Objetivos, Acciones y Indicadores (2006 - 2008). 2005.
- World Health Organization. Highlights on health, Spain 2004. Available at: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHSPA/burden/20041123_27
- López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Los costes socioeconómicos de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer en las Islas Canarias en 1998. *Gac Sanit* 2003;17(3):210-7.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2005: statistics and indicators for 30 countries. 2005. Available at: http://www.oecd.org/document/30,02340,en_2469_201185_12968734_1_1_1_1,00.html.
- Gesundheit - Krankheitskosten 2002, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004.
- Santé-Solidarités. Publications de la DREES. 2002. Available at: <http://www.sante.gouv.fr/html/publication/>.
- Ragnarson Tennvall G, Karlsson G. Cancer treatment in Sweden--costs of drugs, inpatient and outpatient care from 1985 to 1996 and cost effectiveness of new drugs. *Acta Oncol* 1998; 37: 447-453.
- Center for Medical Technology Assessment. Cost of illness in the county of Östergötland in 2002. CMT report.
- Bosanquet N, Sikora K. The economics of cancer care in the UK. *Lancet Oncol* 2004; 5: 568-574.
- Oliva J, Velasco M, Antoñanzas F et al. Los costes derivados del Cáncer. XXVI Jornadas de Economía de la Salud. Toledo, 23-26 de mayo 2006.
- Oliva J, Lobo F, López-Bastida J et al. Indirect costs of cervix and breast cancers in Spain. *Eur J Health Econom* 2005; 6: 309-313
- Valerio M. El elevado coste de los nuevos fármacos contra el cáncer. *El Mundo. Sanidad*. Viernes, 29 de abril de 2005.
- Personal communication from Dr. Lluís Bohigas.