

## OBJETIVO 10

**LOGRAR EL CONTROL DEL CÁNCER**

*En el año 2000, la mortalidad por cáncer en personas menores de 65 años debería reducirse al menos un 15% (desde 1985) y la calidad de vida de los enfermos de cáncer debería mejorarse significativamente. Este objetivo puede ser alcanzado si: se reduce la incidencia de enfermedades relacionadas con el tabaco como resultado de un gran esfuerzo en la disminución de las tasas de fumadores, se reduce la mortalidad e incidencia de cáncer de cérvix y mama mediante el establecimiento de programas de detección y tratamiento precoz incluyendo aspectos que mejoren su aceptación, se hacen más saludables los ambientes en que se vive y se trabaja, se aplica de forma correcta a los enfermos de cáncer el mejor conocimiento disponible en diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.*

**Gonzalo López-Abente**

*Servicio de Epidemiología del Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología*

**1. TASAS DE MORTALIDAD**

Para la elaboración de estos comentarios las tasas de mortalidad mostradas en la Tabla 18 han sido obtenidas de la base de datos de la OMS (*Statistical Data Base Health for All*, <http://www.who.dk/country/country.htm>). Esta base de datos no contiene la incidencia de cáncer en España por lo que para ello hemos acudido a información de los registros de cáncer de Navarra y Zaragoza. Para la evaluación de la consecución de estos objetivos se ha propuesto utilizar las tasas de mortalidad por tumores malignos, cáncer de pulmón, cáncer colorrectal y la incidencia y mortalidad por cáncer de mama en mujeres y por cáncer de cuello de útero.

La Tabla 18 muestra las tasas ajustadas de mortalidad para los tumores definidos como indicadores de la consecución de los objetivos del programa Salud Para Todos en el año 2000. Las tasas de España se han puesto al lado de las del conjunto de países de la Unión Europea. Lo primero que llama nuestra atención es la diferente evolución de la mortalidad por cáncer entre España y el conjunto de la Unión Europea (UE) en el período contrastado. No obstante hay que hacer notar que en 1985 la mortalidad por cáncer en España era un 15% y un 25% más baja respecto a la UE en hombres y mujeres respectivamente. Sin embargo, mientras que en la UE se observa una tendencia global a la disminución de la mortalidad, en España la tendencia es de incremento.

El estudio del conjunto de tumores malignos no es un buen indicador de la evolución de la frecuencia de cáncer, aunque es muy utilizado por la conveniencia de proporcionar un único índice que refleje la situación. La evolución de unos tumores contrarresta la de otros y el uso de un único índice, muchas veces, oculta el verdadero sentido de la tendencia (1).

**2. TASAS DE INCIDENCIA PARA PULMÓN, MAMA, CÉRVIX, COLON Y RECTO**

Más interés tiene la información mostrada en la misma tabla respecto al cáncer de pulmón, cáncer de mama y en la Tabla 19 por cáncer de colon y recto. Respecto al cáncer de pulmón, la tabla muestra que el patrón es muy diferente según el sexo, el grupo de edad y el ámbito de estudio. En mujeres en España, la mortalidad por cáncer de pulmón ha disminuido hasta fechas muy recientes. Sin embargo, las tasas observadas en 1995 pueden estar mostrando el inicio de la epidemia de cáncer de pulmón en mujeres en nuestro país. Este aumento afecta a las mujeres nacidas (cohortes) después de 1940 y se puede deducir de los propios datos de la tabla, observando las diferencias en la tendencia entre las mujeres de 65 y más años (descenso de la mortalidad) y las menores de 65 (aumento de un 21% entre 1985 y 1995). Muchos países de la UE están logrando cambiar la tendencia de la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres. Esto queda mejor reflejado en el Gráfico 22, en la que se muestra la evolución en diferentes países en menores de 65 años.

En cáncer de mama en mujeres también existe un contraste importante en la magnitud de las tasas y en su evolución. El punto de partida en nuestro país también es bastante mejor que en otros países europeos pero la tendencia es de incremento en los diferentes grupos de edad y con una pendiente superior a la de

otros países. En el Gráfico 22 en España se puede ver una atenuación de la pendiente de la curva a partir de 1988 en ambos tramos de edad mostrados y una aparente tendencia a la confluencia de las tasas de los países de nuestro entorno.

En la Tabla 19 mostramos la evolución de la incidencia de algunos tumores en las provincias de Navarra y Zaragoza. Los incrementos porcentuales de la incidencia entre los años 80 y 90 son bastante superiores a los de la mortalidad en el conjunto de España para la mayoría de los tumores (datos no mostrados). Ello puede poner de manifiesto, entre otras cosas, la mejora de la supervivencia y un empeoramiento de la situación ambiental que hace que la incidencia aumente. En esta tabla no contamos con datos tan actualizados como en la mortalidad, por lo que la tendencia de la incidencia de cáncer de pulmón en mujeres todavía es de disminución en ambas provincias. La evolución del cáncer de mama en la provincia de Navarra hay que valorarla conociendo los antecedentes del exitoso programa de detección precoz puesto en funcionamiento en esta provincia en 1990 (2). Entre los años 1975 y 1985 el incremento en Navarra fue del 25%.

El estudio de la evolución del cáncer de cérvix en España es problemático por los errores de clasificación presentes en la rúbrica 180 de la CIE. En España existe un incremento aparente del cáncer de cérvix que es paralelo al descenso de la rúbrica “Tumor maligno de útero, parte no especificada” (CIE 179). Ello dificulta en gran medida formarse una opinión sobre la evolución de la mortalidad por este tumor a partir de la base de datos de la OMS. Una muestra de este comentario es la contradicción presente entre la evolución de las tasas de incidencia (Tabla 19) y las de mortalidad (Tabla 18). El cáncer de útero en su conjunto (CIE 179-182) ha disminuido un 16% entre 1984 y 1994, lo cual es más acorde con la evolución del conjunto de los países de la UE.

### 3. MORTALIDAD POR CÁNCER DE COLON Y RECTO

El cáncer de colon y recto merece un estudio detenido. En la actualidad es el segundo tumor en importancia en ambos sexos. La evolución reciente de estos tumores sólo puede ser evaluada si se incluye en su estudio, junto con el cáncer de colon (CIE 153) y el cáncer de recto (CIE 154), la rúbrica “Tumor maligno de tracto intestinal, parte no especificada” (CIE 159.0). Ello es debido a que en el año 1980 la introducción de la 9ª revisión de la CIE conllevó un cambio en los criterios de codificación de estos tumores, pasando los denominados “Otros tumores de intestino grueso” (CIE 153.8) —y en los que no se especificaba el colon— a la rúbrica 159.0, a pesar de que con gran seguridad estos tumores corresponden a la porción colorrectal. Así todo, el incremento del cáncer colorrectal en España es muy importante en ambos sexos (Tabla 20). La evolución de la incidencia de cáncer de colon (Tabla 19) corrobora y complementa la información mostrada en la mortalidad por la magnitud y la importancia del incremento de las tasas.

Respecto a la calidad de vida de los enfermos de cáncer en España, es un aspecto escasamente estudiado. Existen trabajos que tratan de poner a punto los instrumentos de medida de los parámetros sobre la calidad de vida en estos pacientes pero en las bases de datos bibliográficas consultadas no hemos logrado recuperar referencias sobre su aplicación en España. Sí existe, sin embargo, información sobre la supervivencia de los enfermos de cáncer, que, en líneas generales y dependiendo de la localización tumoral, en España es similar a la de los países de nuestro entorno. Éste no es un indicador que tenga que ver con los propuestos para la evaluación del objetivo del programa SPT pero sí con su último punto, y da una idea de los estándares de calidad de la asistencia. Para el cáncer de pulmón en hombres la supervivencia relativa a los 5 años en España en el período 1985-1989 era del 12%, la más alta junto con Islandia, Holanda y Francia (3). En cáncer de mama en mujeres era del 70%, mientras que la promedia de Europa era del 73%, teniendo la mejor supervivencia Suecia (81%), Suiza y Francia (80%) (4).

Tomando los indicadores propuestos y relacionándolos con los objetivos de SPT parece evidente que la situación de España en cuanto a la evolución del cáncer no es muy buena. Sin embargo, ha de tenerse en cuenta la propia dinámica de la evolución del cáncer y el momento en el tiempo en que se está estudiando la evolución. Con ello queremos decir que en España partimos de una situación mejor en cuanto a sus tasas porque nos encontramos en un momento de la epidemia de cáncer bastante anterior que la de otros países del norte de Europa. Por ejemplo, en cáncer de pulmón todavía estamos en la parte ascendente de la curva epidémica en hombres mientras que en mujeres todavía se está iniciando el proceso en las jóvenes. La esperanza es que nunca lleguemos a conocer las tasas de mortalidad registradas en el Reino Unido en los años 70, que por otra parte es un país que ha hecho un gran esfuerzo en el control del cáncer de pulmón, como lo evidencian sus tendencias temporales y sus tasas en la actualidad.

#### 4. RECOMENDACIONES

La modificación de las tendencias de la incidencia y mortalidad por cáncer en España requiere: 1) Una intervención decidida sobre el hábito de fumar; 2) Extender y establecer programas bien diseñados de prevención secundaria en cáncer de mama en mujeres; 3) Establecer programas de prevención primaria y secundaria en cáncer colorrectal.

Además existen otras medidas que consideramos de gran importancia y son: 1) Mejorar la "infraestructura" del conocimiento de la incidencia del cáncer en la población, lo que supone ampliar la cobertura de los registros de cáncer y la dotación de los existentes; 2) Intensificar la utilización de la información de los registros de cáncer en el planteamiento de estudios etiológicos, pronósticos, de calidad de vida y de problemas ambientales; 3) Mejorar el conocimiento de tumores que, aunque ahora poco frecuentes por lo que no serán nunca objetivo de los programas SPT, muestran dramáticos incrementos en su incidencia y mortalidad. Este último punto tiene especial importancia, ya que posiblemente estos tumores (linfomas no hodgkinianos, mieloma múltiple, tumores de tejido conjuntivo) sean la huella de un gran número de exposiciones ambientales que no se citan en los planes globales de la OMS y que son ajenas a la responsabilidad individual contenida en los consejos de prevención del cáncer.

Tabla 18

Tasas ajustadas de mortalidad (x 100.000) y cambio porcentual entre 1985 y 1995. España y países de la Unión Europea

	1975	1980	1985	1990	1995	1995 vs 1985
<b>TUMORES MALIGNOS</b>						
Todas las edades Hombres						
España	222.91	221.61	235.96	253.03	262.16	11.10
Unión Europea	263.84	269.80	275.38	272.91	264.69	-3.88
Todas las edades Mujeres						
España	130.14	119.62	115.64	118.35	117.78	1.85
Unión Europea	157.41	153.58	152.49	150.37	146.73	-3.78
<b>CÁNCER DE PULMÓN</b>						
Todas las edades Hombres						
España	43.60	48.82	58.86	67.61	72.41	23.02
Unión Europea	70.26	76.23	78.51	75.79	72.44	-7.73
Todas las edades Mujeres						
España	6.03	5.71	5.46	5.20	5.81	6.41
Unión Europea	9.56	10.82	12.30	13.64	14.96	21.63
0-64 Hombres						
España	20.42	22.69	27.72	31.93	33.70	21.57
Unión Europea	32.38	34.37	34.80	32.69	30.19	-13.25
0-64 Mujeres						
España	2.95	2.59	2.36	2.30	2.85	20.76
Unión Europea	5.11	5.61	6.08	6.56	6.97	14.64
65+ Hombres						
España	231.07	260.28	310.83	356.31	385.57	24.04
Unión Europea	376.80	414.83	432.18	424.55	414.18	-4.16
65+ Mujeres						
España	30.97	30.91	30.52	28.71	29.76	-2.49
Unión Europea	45.33	52.75	62.30	70.69	79.47	27.56
<b>CÁNCER DE MAMA MUJERES</b>						
Todas las edades						
España	17.63	19.19	20.97	24.22	24.75	18.03
Unión Europea	28.30	29.02	30.50	31.08	30.53	0.10
0-64						
España	12.57	13.73	14.66	16.52	16.74	14.19
Unión Europea	18.91	19.28	19.78	19.89	19.28	-2.53
65+						
España	58.53	63.38	72.02	86.51	89.51	24.28
Unión Europea	103.84	107.48	116.96	121.44	121.57	3.94
<b>CÁNCER DE CÉRVIX</b>						

Todas las edades	España	1.14	1.68	2.00	2.43	2.58	29.00
	Unión Europea	5.08	4.40	3.89	3.47	2.89	-25.71
0-64	España	0.87	1.30	1.43	1.76	1.96	37.06
	Unión Europea	3.87	3.16	2.72	2.42	2.04	-25.00
65+	España	3.36	4.69	6.61	7.85	7.63	15.43
	Unión Europea	14.77	14.27	13.24	11.87	9.73	-26.51

Fuente: OMS (Statistical Data Base Health for All. <http://www.who.dk/country/country.htm>).

Tabla 19

Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar europea) y cambio porcentual entre 1988-90 y 1983-87 y 1988-90 y 1973-77, en Zaragoza y en Navarra

	1973-77	1978-82	1983-87	1988-90	1990 vs 1980
<b>ZARAGOZA</b>					
<b>Hombres</b>					
Colon y recto	15.52	20.76	30.97	39.44	89.98
Pulmón	41.65	45.53	61.31	74.29	63.17
<b>Mujeres</b>					
Colon y recto	14.38	16.01	22.20	25.51	59.34
Pulmón	4.86	4.60	4.52	4.29	-6.74
Mama	46.49	45.77	54.21	54.00	17.98
Cérvix	7.35	7.14	5.94	6.92	-3.08
<b>NAVARRA</b>					
<b>Hombres</b>					
Colon y recto	29.22	34.39	39.21	47.47	38.03
Pulmón	34.12	50.31	60.97	61.98	23.20
<b>Mujeres</b>					
Colon y recto	18.85	23.20	27.28	28.11	21.16
Pulmón	3.91	5.78	5.54	4.60	-20.42
Mama	50.94	52.45	63.82	93.37	78.02
Cérvix	4.90	5.58	5.50	6.10	9.32

Fuente: Referencia 6.

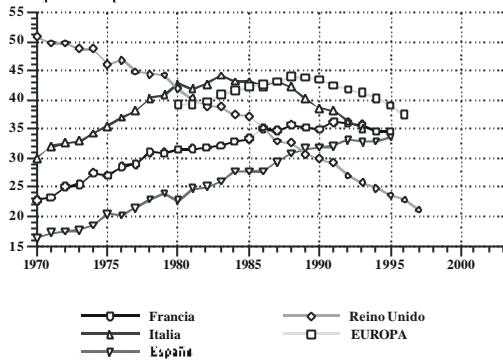
Tabla 20

Mortalidad por cáncer de colon y recto (CIE 153, 154 y 159.0) en España y cambio porcentual entre 1980 y 1990. Tasas ajustadas con la población europea

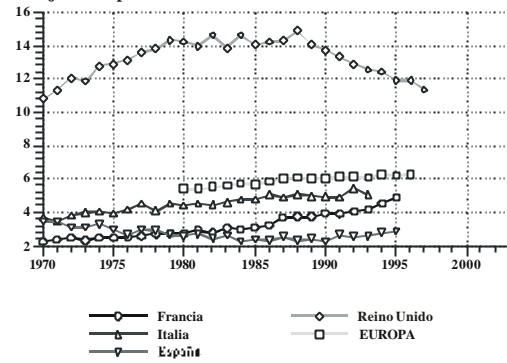
	1973-77	1978-82	1983-87	1988-92	1990 vs 1980
Hombres	16.34	16.65	20.34	23.37	39.76
Mujeres	14.14	13.98	14.79	15.69	12.23

Fuente: Referencia 5.

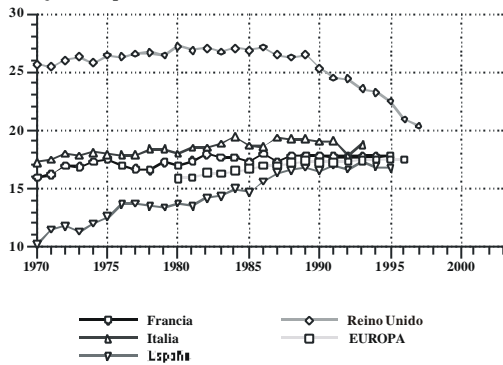
Cáncer de pulmón, 15-64 años, hombres  
Tasas ajustadas por 100.000



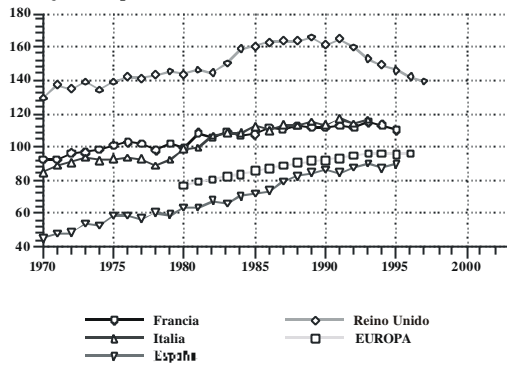
Cáncer de pulmón, 0-64 años, mujeres  
Tasas ajustadas por 100.000



Cáncer de mama, 0-64 años, mujeres  
Tasas ajustadas por 100.000



Cáncer de mama, 65 y más años, mujeres  
Tasas ajustadas por 100.000



Cáncer de mama, todas las edades, mujeres  
Tasas ajustadas por 100.000

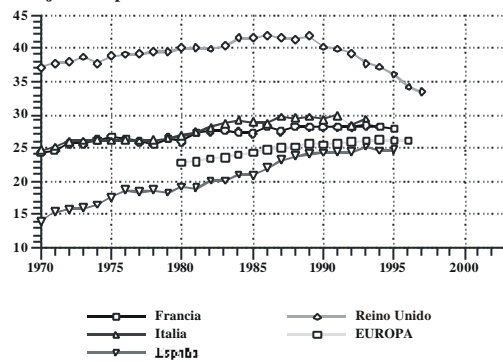


Gráfico 22

Tendencia de la mortalidad por cáncer de pulmón y cáncer de mama en España, en otros países y en el conjunto de Europa. 1970-2000

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Coleman MP, Estéve J, Damiechi P, Arslan A, Renard H. Trends in cancer incidence and mortality. Lyon. IARC Sci 121. 1993.
2. Ascunce N, del-Moral A, Murillo A, Alfaro C, Apesteguia L, Ros J et al. Early detection programme for breast cancer in Navarra, Spain. *Eur J Cancer Prev* 1994;3(Suppl 1):41-8.
3. Janssen HM, Gatta G, Forman D, Capocaccia R, Coebergh JW. Variation in survival of patients with lung cancer in Europe, 1985 -1989. EUROCARE Working Group. *Eur J Cancer* 1998;34:2191-6.
4. Quinn MJ, Martínez C, Berrino F. Variations in survival from breast cancer in Europe by age and country, 1978-1989. EUROCARE Working Group. *Eur J Cancer* 1998;34:2204-11.
5. López-Abente G, Pollán M, Vergara A, Moreno C, Moreo P, Ardanaz E, Aragonés N. Age-period-cohort modelling of colorectal cancer incidence and mortality in Spain. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1997;6:999-1005.
6. López-Abente G, Pollán M, Vergara A, Ardanaz E, Moreo P, Moreno C, Ruiz M. Tendencia temporal de la incidencia de cáncer en Navarra y Zaragoza. 1999 (en prensa).