

Cáncer  
de pulmón

UIC  
barcelona  
Instituto Universitario  
de Pacientes



# FOROS IUP

ATENCIÓN AFECTIVA Y EFECTIVA

Noviembre de 2023

Con el patrocinio de:





# Índice

Justificación y objetivo del foro	5
Entidad organizadora	7
Participantes	9
Metodología	11
Discusión	13
Conclusiones	19
Referencias	21



# Justificación y objetivo del foro

El Modelo de Atención Afectiva Efectiva es la forma del cuidar y curar al paciente como persona, basándose en la evidencia científica, e incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad mediante una atención basada en la confianza y en la empatía, para contribuir así a su bienestar y a los mejores resultados para su salud.

Dentro de las actividades del Instituto Universitario de Pacientes de la UIC, y en concreto en su Aula Janssen de Innovación en Políticas Sanitarias, está el análisis de cómo es abordada la Atención Afectiva Efectiva de los pacientes en general y también, en particular, de los pacientes afectados de enfermedades concretas.

Los análisis realizados son contrastados en Foros con participantes expertos y representativos de las diferentes aportaciones y visiones con que construir esta Atención Afectiva Efectiva.

Partiendo de un estudio comparativo de las Estrategias de Prevención y Atención al Cáncer propuestas por la Unión Europea, el Ministerio de Sanidad y algunas Comunidades Autónomas, realizado por la Cátedra de Gestión Sanitaria y Políticas de Salud, estamos abordando la respuesta al cáncer de pulmón en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).

Según estiman la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) y la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM):

Se estima que en España en 2022 se diagnosticarán 30.948 nuevos cánceres de pulmón, 65 por cada 100.000 personas al año. De ellos, 22.316 se diagnosticarán en hombres –96 casos por cada 100.000 hombres/año– y 8.632 en mujeres –36 casos por cada 100.000 mujeres/año–. El cáncer de pulmón supone el 13,9% del total de cánceres en hombres, siendo el segundo más frecuente, mientras que en mujeres representa el 7,2% del total de cánceres, siendo ya el tercero más frecuente, tras los cánceres de mama y colorrectal.

Por grupos de edad, los nuevos casos se concentran en los grupos de edad de 75 y más años (32%) y de 65-74 años (32%), seguido del grupo de 55-64 años (25%). El grupo de edad de 15-54 años acumula un 11% de los casos.

Entre 2002 y 2020, la incidencia de cáncer de pulmón en mujeres en España se ha duplicado, pasando de 13,4 a 29,7 casos anuales por cada 100.000 mujeres. También se ha duplicado la mortalidad, que ha pasado de 10,6 defunciones anuales por cada 100.000 mujeres en 2002 a 19,8 defunciones en 2020, siendo ya el tercero más mortal. En el mismo periodo, por el contrario, en hombres disminuye tanto la incidencia –de 123 a 99 casos–

como la mortalidad –de 104,1 a 76,48 defunciones–, aunque sigue siendo el más mortal, responsable de un 24,9% del total de defunciones por cáncer entre los varones.

Su prevención, su cribado, la convivencia con la enfermedad de las personas afectadas y de su entorno afectivo, su tratamiento y las innovaciones terapéuticas recientes, así como su supervivencia, son las dimensiones que aborda el Foro con la finalidad de valorar el grado deseable de integración que se da entre ellas, o debería darse, en un modelo de atención Afectivo-Efectivo.

El Foro ha contado con la visión de las personas afectadas y de sus asociaciones, de los profesionales expertos en los diferentes ámbitos de su tratamiento, de los investigadores, de los planificadores sanitarios y de los comunicadores.



## Entidad organizadora

El Instituto Universitario de Pacientes de la Universidad Internacional de Cataluña es una institución universitaria que tiene como objetivo general la educación y formación sanitaria de los pacientes, sus familiares y sus asociaciones en relación a las enfermedades en sus diferentes dimensiones. Entre sus líneas de trabajo destaca el abordaje de las diferentes dimensiones de la enfermedad: individual, familiar, social y relacional con el sistema sanitario.

En el entorno sanitario actual, el Instituto parte del análisis de necesidades de la comunidad para desarrollar programas y estrategias destinadas a promover las aulas de educación y formación, estudios y creación de instrumentos que ayuden en el día a día del paciente y su gestión.

El Aula Janssen de Innovación en Política Sanitaria tiene su sede en el Instituto Universitario de Pacientes de la Universidad Internacional de Cataluña. Ésta se centra en el estudio de las innovaciones en el área de las políticas sanitarias, principalmente las destinadas a la gestión de organizaciones sanitarias, las políticas de participación y la formación directiva de profesionales, y la traslación a nuestro entorno de innovaciones en las áreas de política y gestión sanitaria.



# Participantes

**Ricardo Aparicio.** Periodista. Director del programa radiofónico Salud y Calidad de Vida.

**Pau Berbel** Responsable de Desarrollo. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

**Susana Cedres** Oncóloga e investigadora. Vall d'Hebron Institut d'Oncologia (VHIO).

**Anna Clopés.** Jefa del Servicio de Farmacia. Institut Català d'Oncologia (ICO).

**Margarita Magem** Adjunto. Servicio de Oncología Médica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

**Ramon Marrades** Neumólogo. Hospital Clínic de Barcelona.

**Antoni Sisó** Presidente de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)

## MODERADOR DEL FORO

**Carles Constante** Director Gerente. Vall d'Hebron Institut d'Oncologia (VHIO).



# Metodología

El Foro se desarrolla de forma presencial y se recogen las opiniones, puntos de vista y aportaciones de los participantes en diversas rondas de preguntas formuladas a través de la moderación del Dr. Carles Constante.

El Foro se articula en forma de mesa redonda, en la cual se van planteando los distintos temas objeto del debate y al final se recogen las principales conclusiones del mismo.

La discusión, en el contexto del Foro, se ha organizado en dos partes. En la primera parte se han analizado las principales estrategias desarrolladas para la prevención y la atención al cáncer de pulmón, mientras que la segunda parte se ha focalizado en la discusión de propuestas para la mejora en estos dos ámbitos (prevención y atención).

Los principales temas tratados en la mesa redonda del Foro se recogen y se presentan en el apartado Discusión de este documento. De estas aportaciones, se extraen las principales conclusiones y elementos de mejora, que se incluyen en el apartado correspondiente.



# Discusión

A continuación, se desarrollan las aportaciones de mayor relevancia tratadas en el Foro en relación con las estrategias de prevención y atención al cáncer de pulmón.

## Medidas de prevención primaria

Las distintas estrategias para hacer frente al tabaquismo (relacionado con el 90% de los casos de cáncer de pulmón) son el elemento nuclear para la prevención del cáncer de pulmón.

En este sentido, la legislación desplegada frente al tabaquismo ha logrado una reducción significativa de este hábito, aunque en los últimos años se constata un cierto estancamiento en las cifras de prevalencia.

Se considera, por tanto, que deben intensificarse las medidas de prevención del hábito tabáquico a todos los niveles, desde un mayor énfasis en las campañas informativas (se apunta que ahora pasan más desapercibidas) hasta un endurecimiento de la legislación (extensión de los espacios libres de humo, prohibición de la publicidad encubierta), pasando por un incremento significativo del precio del tabaco, sin olvidar el desarrollo de programas de deshabituación.

Desde la perspectiva de las asociaciones de pacientes se incide en la necesidad de crear entornos saludables, a través de espacios sin humo (con iniciativas como la Generación sin humo 2030), lo que requiere no sólo endurecer la legislación, sino también realizar intervenciones en escuelas, institutos, talleres de deshabituación tabáquica... como las que están llevando a cabo.

Por otra parte, para ser efectivas en el contexto actual, especialmente entre los jóvenes, es muy importante que las campañas se desarrollen a través de los canales adecuados, como las redes sociales. Igualmente, hay que intentar romper los clichés que, en determinados ámbitos relacionados con la población joven y a pesar de todo el conocimiento y sensibilidad social actual, siguen identificando el tabaquismo como una conducta a imitar.

Debe incidirse también en la prevención, entre la población joven, del consumo de marihuana y del uso de cigarrillos electrónicos/vapers.

Igualmente, es muy importante que exista una voluntad política para reforzar todas estas medidas de prevención primaria, que pasan también por una mayor capacidad de actuación desde los servicios de salud pública y atención primaria. Actualmente, los recursos destinados a la salud comunitaria son aún escasos.

## DetECCIÓN PRECOZ

Actualmente, la detección de casos que realiza la atención primaria es razonablemente satisfactoria (existen herramientas para orientar el diagnóstico), teniendo en cuenta siempre que en los casos detectados existe ya una sintomatología y que, en el cáncer de pulmón, ésta no se produce hasta que el tumor tiene ya un cierto tamaño.

Hay que tener en cuenta igualmente que la atención primaria no es uniforme: existen distintos modelos de organización y gestión, distintos niveles de accesibilidad... por lo que los resultados pueden ser variables.

La Unión Europea ha instado a los estados miembros a invertir en la detección precoz del cáncer de pulmón. Sin embargo, en materia de screening existe una cierta controversia, con visiones distintas, en las propias administraciones, sociedades científicas y agencias de evaluación.

En España se ha puesto en marcha el proyecto Cassandra, fruto de la colaboración entre distintas sociedades científicas, que tiene como objetivo la ejecución de un proyecto piloto multicéntrico que demuestre la viabilidad del cribado, proporcionando la evidencia científica adaptada al contexto español para plantear la implementación de un programa poblacional de cribado de esta enfermedad. Se considera que tendría que dotarse de mayor financiación este proyecto.

Se señala que los cribados tienen que cumplir una serie de requisitos: poder cambiar la historia natural de la enfermedad, disponer de una prueba altamente fiable, ser aceptable por parte de los implicados y ser coste-efectivos. En este último punto es donde existen dudas respecto al cribado de cáncer de pulmón, que han apuntado algunas agencias autonómicas de evaluación.

Asimismo, el estudio europeo NELSON ha incluido población fumadora y exfumadora en el screening y ha constatado una reducción significativa de mortalidad en las dos poblaciones. El estudio NELSON de cribado con tomografía computarizada de bajas dosis de radiación confirma que esta herramienta es útil para detectar cáncer de pulmón asintomático.

En el cribado de cáncer de pulmón, a diferencia de otros tumores, una de las dificultades estriba precisamente en la identificación del segmento de población sobre el que se realiza el cribado. Una herramienta útil puede ser una calculadora de riesgo, al estilo de las utilizadas en el caso del riesgo coronario. Se señala que existe en Catalunya un estudio para definir una calculadora de riesgo de cáncer de pulmón.

En cualquier caso, se concluye que la eventual realización de cribado no está en ningún caso reñida con la intensificación de la prevención primaria. El propio proyecto Cassandra se asocia a deshabituación tabáquica.

## Diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón

Actualmente, la combinación de diagnóstico por la imagen y diagnóstico molecular permite ofrecer a cada paciente el tratamiento más adecuado. Se señala que Catalunya ha sido pionera en el desarrollo del diagnóstico molecular para poder llevar a cabo un tratamiento dirigido. Esto puede implicar en algunos casos la necesidad de llevar a cabo más biopsias en los pacientes.

Respecto a los tiempos de diagnóstico e intervención quirúrgica, se considera que deberían reducirse. Se percibe que la pandemia de covid-19 ha supuesto un empeoramiento en los circuitos de diagnóstico rápido y en los tiempos de intervención, aunque en el cáncer de pulmón, a diferencia de lo sucedido con otros tumores, la detección de casos aumentó (un 45% más de diagnósticos en el período pandémico) ya que se realizaron muchas más placas de tórax a causa de la enfermedad.

Para mejorar la capacidad diagnóstica también sería útil incrementar el número de equipos tecnológicos como PET-TC.

Se señalan algunos otros campos de mejora como son la posibilidad de informar más detalladamente las pruebas radiológicas de tórax que se realizan para otros problemas de salud (por ejemplo, fracturas) o implantar el uso de las nuevas tecnologías de inteligencia artificial que pueden complementar y coadyuvar la función de los radiólogos.

## El papel de las asociaciones de pacientes

Las asociaciones de pacientes actúan como un complemento al sistema de salud e intentan proporcionar aquellos servicios necesarios para los pacientes que el sistema, en muchos casos, no puede ofrecer. Desde las asociaciones se dan servicios como atención psicológica, fisioterapia oncológica, nutrición oncológica... que tienen valor para poder dar una respuesta global al conjunto de necesidades de los pacientes de cáncer.

Desde esta complementariedad, se indica que debería existir una mejor comunicación y coordinación entre los equipos de los centros sanitarios y las asociaciones de pacientes.

Se pone como ejemplo la dificultad que existe a veces para que los voluntarios de las asociaciones puedan prestar servicio en los propios hospitales. O la dificultad para que, desde los hospitales, se dé información a los pacientes sobre las asociaciones existentes y los servicios que éstas pueden ofrecerles. No todos los enfermos conocen los recursos de las asociaciones y desde los hospitales, con frecuencia, sólo se derivan los casos de vulnerabilidad extrema.

Se considera que, en general, el acompañamiento que recibe el paciente durante el proceso asistencial podría mejorar. En este sentido, la humanización y la respuesta que se da desde el sistema a las necesidades emocionales de los pacientes mejora mucho cuando

los centros disponen de gestores de casos y equipos multidisciplinares de atención. También es muy importante la coordinación entre los recursos sanitarios y sociales, ya que en muchos pacientes conviven ambas necesidades.

Asimismo, debe avanzarse en la humanización de los espacios y en la participación de los pacientes en espacios o consejos de participación de los centros hospitalarios.

En definitiva, el abordaje de la vertiente emocional y social de la enfermedad tiene áreas de mejora, que requieren de una mayor implicación por parte de los centros asistenciales y de una mejor coordinación con las asociaciones.

## Investigación e innovación

Es fundamental la accesibilidad a los ensayos clínicos, de forma rápida y sin coste para los pacientes, para poder ser tratados con fármacos novedosos. Se apunta a que actualmente existen diferencias de acceso a estos ensayos entre centros hospitalarios.

Se considera también que debe promoverse la investigación independiente con apoyo de la administración y que no deben ponerse trabas a los ensayos de la industria farmacéutica, facilitándose la movilidad de pacientes entre comunidades autónomas.

El modelo de organización en red de la investigación clínica da resultados positivos, aunque todavía podría mejorar. Debe potenciarse aún más la investigación clínica.

Se indica que la aprobación de medicamentos en España y, por tanto, el acceso a los nuevos fármacos por parte de los pacientes es relativamente lento, y se considera imprescindible que la fijación de precios de estos medicamentos innovadores pueda ser compatible con la sostenibilidad del sistema público de salud.

En los últimos años, el gasto en medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA) ha crecido de forma muy notable, por lo que hacer sostenible el sistema supone un gran reto para los responsables políticos, cuya solución pasa por un esfuerzo y un compromiso de las distintas partes implicadas.

En este campo de la investigación, se señala la necesidad de invertir en investigación de la prevención, es decir en investigación farmacológica relacionada con el principal hábito causante de la enfermedad: el tabaquismo.

Finalmente, en cuanto a innovación, se destacan las potencialidades de la inteligencia artificial (que es una realidad no únicamente sanitaria y debe tener un abordaje social global) y de la medicina personalizada y el diagnóstico genómico, por ejemplo, a través de la biopsia líquida.

## Atención integral

Uno de los campos con recorrido de mejora es, como ya se ha señalado, el de la atención coordinada e integral. En este sentido, la herramienta fundamental para poder avanzar son los sistemas de información compartidos.

Actualmente existen problemas de comunicación bidireccional entre niveles asistenciales (básicamente entre atención primaria y hospitalaria). En Cataluña, la atención primaria de salud dispone de un sistema de información y registro excelente (Estación Clínica de Atención Primaria, ECAP) pero con un nivel de interoperabilidad desigual con los sistemas de información hospitalarios, que difieren también entre centros e instituciones.

También, como se ha apuntado en el apartado correspondiente, debe avanzarse en la coordinación con las asociaciones de pacientes y en la integración de la atención social y sanitaria, uno de los retos abordados actualmente como prioridad por los responsables políticos de ambas áreas-

## Equidad de acceso a los tratamientos y equilibrio territorial

El modelo de atención al cáncer es un modelo multicéntrico en red, que tiene como retos la coordinación entre la atención primaria y la hospitalaria y una definición más clara de qué servicios pueden prestarse con mayor capilaridad territorial y cuáles corresponden al terciarismo. Éste es un debate esencial en aras de la calidad y sostenibilidad del sistema.

En cuanto al acceso a los tratamientos, se destaca el valor de la armonización en el uso de los fármacos, aunque se reitera que el período de tiempo hasta la aprobación de un nuevo fármaco es excesivo. En este sentido, se apunta a que la FDA autoriza los medicamentos con mayor celeridad que la EMA, aunque en algunos casos esto ha comportado la necesidad de rectificar. Asimismo, se señala que otros sistemas sanitarios que aparentemente tienen un acceso más rápido a los fármacos (EE.UU, Alemania), tienen después barreras de carácter económico u organizativo.

Se apunta que, a pesar de la armonización existente, existen centros más restrictivos que otros en cuanto al acceso a fármacos de uso compasivo.

Se considera que, para garantizar la equidad, son necesarias guías de armonización, un mapa de recursos, un mejor ejercicio de la gobernanza y una evaluación de los resultados. Respecto a este último punto, deberían retomarse iniciativas como la publicación de la Central de Resultados.

## Experiencia de paciente

Se considera que actualmente existe heterogeneidad entre centros hospitalarios en cuanto a experiencia de paciente; sería necesario extender unas buenas prácticas en experiencia de paciente, que incluyesen la formación de los profesionales.

La empatía con el paciente es siempre esencial, pero especialmente en una enfermedad como el cáncer. Se apunta la necesidad de intensificar la formación de los profesionales sanitarios (en los grados universitarios) en comunicación con el paciente.

Asimismo, deben tenerse en cuenta las preferencias de los pacientes en cuanto a la información que desean recibir respecto a su enfermedad, evolución y consecuencias, e involucrarlos en la toma de decisiones (actualmente la toma de decisiones compartidas ya está protocolizada).

Es importante también que las asociaciones de pacientes ayuden al paciente a preparar las visitas (que tienen una limitación temporal) con los profesionales para que puedan obtener la información que desean y resolver sus dudas. Deben existir asimismo mecanismos para resolver las dudas que surjan después de la visita sin necesidad de recurrir a fuentes alternativas y poco fiables de información.

# Conclusiones

De la discusión detallada en el apartado anterior se extraen las siguientes conclusiones:

## En cuanto a la prevención primaria:

- Para la prevención del cáncer de pulmón, el aspecto central sobre el cual incidir es el tabaquismo. Debe actuarse a todos niveles: campañas informativas, endurecimiento de la legislación (extensión de los espacios libres de humo, prohibición de la publicidad encubierta), incremento del precio del tabaco, programas de deshabituación.
- En la acción antitabáquica debe hacerse especial énfasis en la población joven (empleando los canales de comunicación adecuados a este público) con el objetivo de lograr futuras generaciones sin este hábito.
- La voluntad política es el elemento clave para hacer frente al tabaquismo y a sus consecuencias.

## En cuanto a la detección precoz:

- La detección precoz que realiza la atención primaria es razonablemente satisfactoria, teniendo en cuenta siempre que en los casos detectados existe ya una sintomatología.
- Aunque no existe un consenso absoluto en relación al cribado de cáncer de pulmón (especialmente desde el punto de vista del coste económico), los programas realizados o en curso han mostrado resultados positivos en distintos grupos de población en cuanto a la detección de casos asintomáticos.
- Instrumentos como las calculadoras de riesgo pueden ser de utilidad a la hora de definir las poblaciones diana y hacer más efectivos los programas de screening.
- Los programas de cribado siempre deberían ir asociados a acciones de prevención y programas de deshabituación tabáquica.

## En cuanto al diagnóstico y tratamiento:

- La combinación de diagnóstico por la imagen y diagnóstico molecular ha permitido avanzar notablemente a la hora de ofrecer tratamientos dirigidos.
- Deberían reducirse los tiempos de diagnóstico e intervención quirúrgica, recuperando los circuitos de diagnóstico rápido y los niveles de exigencia previos a la pandemia.
- Una mayor capacidad tecnológica (disponibilidad de más equipos PET-TC) podría incrementar la capacidad diagnóstica.

- La inteligencia artificial, la medicina personalizada y el diagnóstico genómico son campos que generan grandes potencialidades en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón.

### **En cuanto a la humanización, la experiencia de paciente y el papel de las asociaciones de pacientes:**

- Debería mejorarse la comunicación y coordinación entre los servicios sanitarios y las asociaciones de pacientes (que desarrollan un papel complementario a los servicios de salud), garantizando que los pacientes conozcan los recursos y servicios que las asociaciones pueden ofrecer.
- La humanización y la respuesta a las necesidades emocionales de los pacientes mejora notablemente cuando los centros disponen de gestores de casos y equipos multidisciplinares de atención.
- Es fundamental la coordinación y/o integración entre los recursos sanitarios y sociales.
- Es necesario extender unas buenas prácticas en experiencia de paciente, que incluyan la formación de los profesionales, también en comunicación con el paciente.
- Deben tenerse en cuenta las preferencias de los pacientes en cuanto a la información que desean recibir sobre su proceso de enfermedad, y deben existir mecanismos para facilitar el acceso a información fiable y de calidad y resolver dudas.

### **En cuanto a investigación e innovación:**

- Los ensayos clínicos deben ser accesibles a los pacientes con celeridad y equidad.
- El actual modelo de organización en red de la investigación clínica da resultados positivos, aunque tiene elementos de mejora.
- El acceso de los pacientes a los nuevos tratamientos desarrollados y aprobados debería ser más rápido y la fijación de precios de estos nuevos medicamentos debe poder ser compatible con la sostenibilidad del sistema público de salud.

### **En cuanto a la atención integral y la equidad de acceso:**

- Los sistemas de información compartidos o interoperables y la mejora de los circuitos de comunicación son clave para una atención coordinada e integral.
- La coordinación entre la atención primaria y la hospitalaria y la redefinición territorial de los servicios son retos que el sistema debe asumir.
- Para garantizar la equidad, son instrumentos fundamentales las guías de armonización terapéutica, los mapas de recursos, una gobernanza clara y la evaluación y publicación de los resultados.

# Referencias

Cátedra de Gestión Sanitaria y Políticas de Salud. UIC Barcelona. Análisis comparativo de las estrategias de prevención y atención al cáncer propuestas por la Unión Europea, el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas. 2023.

Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2023. [https://seom.org/images/Las\\_cifras\\_del\\_Cancer\\_en\\_Espana\\_2023.pdf](https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf)

Sociedad Española de Oncología Médica. Red Española de Registros de Cáncer. Día mundial del cáncer de pulmón 2022. [https://seom.org/images/NP\\_Cancer\\_Pulmon\\_2022.pdf](https://seom.org/images/NP_Cancer_Pulmon_2022.pdf)

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Proyecto Cassandra. Cribado del cáncer de pulmón mediante TC de baja dosis. <https://www.separ.es/node/2526>

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). El cribado de cáncer de pulmón reduce la mortalidad por esta enfermedad según nuevos hallazgos que lo avalan en Europa. <https://www.separ.es/sites/default/files/SEPAR%20NP%20el%20cribado%20de%20c%C3%A1ncer%20dde%20pulm%C3%B3n%20reduce%20la%20mortalidad%20%2813%20jun%2019%29.pdf>

UIC. Instituto Global de Salud Pública y Política Sanitaria. Foro español de pacientes. Hablamos. Estrategias para aprovechar mejor la consulta en oncología. 2014. [https://www.uic.es/sites/default/files/2020-08/consulta-oncolog%C3%ADa\\_HABLEMOS\\_%28versi%C3%B3n\\_web\\_def%29.pdf](https://www.uic.es/sites/default/files/2020-08/consulta-oncolog%C3%ADa_HABLEMOS_%28versi%C3%B3n_web_def%29.pdf)

Ruiz B., Amo I., Figueras À. Aproximación a algunas líneas de avance en el abordaje del cáncer, desde la perspectiva de las necesidades de los pacientes. New Medical Economics. Nº 9. Marzo 2023. [https://www.uic.es/sites/default/files/2023-04/revista\\_New\\_Medical\\_Economic-N9.pdf](https://www.uic.es/sites/default/files/2023-04/revista_New_Medical_Economic-N9.pdf)

Luzán 5 Health Consulting S.A. OncoRetos. Estrategias sanitarias en cáncer. Mirando hacia el futuro. 2019,

Asociación Española Contra el Cáncer. Objetivo 2030: Lograr la primera generación libre de tabaco <https://blog.contraelcancer.es/primera-generacion-libre-tabaco-2030/>





Campus Sant Cugat  
Josep Trueta, s/n  
08195 Sant Cugat del Vallès  
Tel. +34 935 042 000  
a/e iupacientes@uic.es  
[www.uic.es/es/instituto-universitario-pacientes](http://www.uic.es/es/instituto-universitario-pacientes)

**UIC**  
barcelona  
**Instituto Universitario  
de Pacientes**

**UIC**  
barcelona  
**Cátedra de Gestión Sanitaria  
y Políticas de Salud**

Con la colaboración de:

