



PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE EL DERECHO AL OLVIDO ONCOLÓGICO

4 de febrero de 2025.

El Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio, incorpora medidas para hacer efectivo el derecho al olvido en la contratación de seguros y productos bancarios de los pacientes de patologías oncológicas una vez transcurrido un determinado período de tiempo desde la finalización del tratamiento sin recaída.

La entrada en vigor de esta norma ha suscitado algunas dudas en la aplicación de este derecho. Se recogen a continuación las principales dudas y las respuestas dadas por las Administraciones Públicas competentes.

Este documento se irá actualizando, a medida que se planteen nuevas preguntas.

1. ¿Qué interpretación exacta se debe dar al concepto de “tratamiento radical”?

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud.

El concepto tratamiento radical en medicina se refiere a un enfoque terapéutico que tiene como objetivo erradicar completamente una enfermedad o afección.

En oncología es más apropiado utilizar el concepto “**tratamiento con intención curativa**”, como el abordaje terapéutico que de manera exclusiva está dirigido a tratar enfermedades neoplásicas con intención curativa.

La interpretación que debe darse por tanto al término “Tratamiento radical” en su uso en el Real Decreto-ley 5/2023, es la de un tratamiento que elimina la enfermedad macroscópica (en el caso de los tumores sólidos) o la enfermedad sistémica (en el caso de neoplasias hematológicas), como puede ser la cirugía, la quimioterapia, radioterapia u otras terapias, aplicadas solas o combinadas, con intención curativa, con independencia de que se acompañe de tratamientos sistémicos antes o después del mismo.



2. Qué posición tiene el derecho al olvido oncológico, a través del Real Decreto-ley 5/2023, respecto al paciente oncológico crónico controlado que toma una medicación de por vida, pero su cáncer no llegará a curarse nunca? Ej) caso de tomar tamoxifeno.

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud.

En el tratamiento primario, asegurar la supervivencia del paciente se convierte en la principal prioridad. Tras este, los objetivos terapéuticos en los supervivientes se centran en mantener el bienestar y maximizar la calidad de vida. Entre los ejemplos de tratamientos e intervenciones que no se considerarían primarios, encontraríamos: la prevención de un nuevo cáncer, el seguimiento del paciente, el abordaje de los impactos físicos y psicosociales del cáncer, el seguimiento y tratamiento de otras enfermedades crónicas del paciente, la promoción de la salud y la prevención de otras enfermedades.

La terminología clínica distingue además el “**tratamiento/terapia adyuvante**” para referirse al tratamiento complementario que se administra después del tratamiento primario y que se dirige a disminuir el riesgo de que el cáncer vuelva. El tratamiento adyuvante incluye intervenciones como la quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, terapia dirigida o terapia biológica. Puede describirse también con el término de “tratamiento/terapia coadyuvante”.

Es necesario diferenciar entre un paciente oncológico crónico controlado, no curado, y aquel paciente libre de enfermedad a los cinco años, que realiza un tratamiento o terapia adyuvante.

La terapia hormonal se utiliza para el tratamiento del cáncer de mama y otros tipos de tumores hormono dependientes.

Se pueden distinguir varias situaciones:

- Paciente **oncológico no curado** que realiza tratamiento sistémico.
- Paciente **libre de enfermedad** que realiza tratamiento adyuvante.
- Paciente con **enfermedad metastásica** en la que se ha evidenciado **respuesta completa al tratamiento** y se encuentra realizando tratamiento adyuvante.

Los dos últimos casos se incluirían en la definición de largo superviviente recogida en el Real Decreto-ley 5/2023 puesto que en ambos casos se encuentran “libres de enfermedad”, mientras que el primer caso quedaría excluido.

Será necesario por tanto analizar cada situación individual cuando nos encontremos con un/a paciente oncológico en tratamiento hormonal u otros que



en la actualidad se administran durante periodos prolongados de tiempo tras alcanzar el estado de “libre de enfermedad”.

En relación con la terapia adyuvante, deberá valorarse el objetivo de la misma en cada situación particular según criterio del/la profesional responsable del proceso oncológico (terapia adyuvante con finalidad preventiva, dirigida a disminuir el riesgo de que el cáncer recidive, o terapia adyuvante con finalidad curativa, dirigida a completar el tratamiento con intención curativa)

El **estado libre de enfermedad** en el caso de tumores sólidos, se produce cuando no hay evidencia de enfermedad macroscópica tras un tratamiento con intención curativa.

El **intervalo libre de enfermedad** es el tiempo transcurrido desde el tratamiento local con intención curativa (cirugía, quimioterapia, radioterapia u otras, aplicadas solas o en combinación), con desaparición de la enfermedad macroscópica (en el caso de tumores sólidos), hasta el momento de la recidiva o último control clínico. En el caso de una recaída tratada con intención radical, se tomará como punto de partida el tratamiento local de la recidiva.

Es importante tener en cuenta que muchos tumores localizados no van a precisar seguimiento radiológico tras su tratamiento, y por tanto, esta definición no siempre requiere de una prueba de imagen que demuestre la ausencia de enfermedad. En general se considerará como libre de enfermedad a aquel paciente con un tumor localizado o localmente avanzado que tras el tratamiento, no presenta síntomas ni signos clínicos sugestivos de recidiva. Es importante tener en cuenta que esta situación también aplica a pacientes que son tratados tras la recaída de un tumor primario.

En la **enfermedad metastásica/sistémica** (término aplicable también a neoplasias hematológicas) este estado “**sin evidencia de enfermedad**” o “**libre de enfermedad**” estaría determinado por el tiempo desde la obtención de la **respuesta completa radiológica o serológica** (ausencia de enfermedad clínicamente detectable por técnicas asistenciales) hasta la progresión o último control clínicos.

La ausencia de enfermedad detectable de forma persistente en pacientes con enfermedad metastásica/sistémica es una realidad en ciertos tumores, ya sea en el contexto de enfermedad oligometastásica con tratamiento local de las distintas lesiones (cáncer colorrectal por ejemplo), o en tumores cuyos tratamientos sistémicos pueden lograr la remisión completa de la enfermedad de forma permanente, como tumores germinales, melanoma tratados con inmunoterapia, cánceres de mama HER2-positivos tratados con quimioterapia y doble bloqueo



anti-HER2 o tumores pediátricos entre otros. Esta es una situación que se va a producir cada vez con mayor frecuencia dados los avances en el tratamiento del cáncer. También incluidos en este apartado estarían las **neoplasias hematológicas** que alcanzan respuestas completas con tratamiento sistémico asociado o no a terapias locales.

3. Si una persona contrata un seguro y este es aprobado, ¿qué ocurre si a posteriori la persona sufre una recaída? ¿Le sería denegado o bloqueado el seguro?

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

El artículo 11 de la Ley de Contrato de Seguro exime al tomador y asegurado de declarar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud en los seguros de personas, variación que en ningún caso se considerará agravación del riesgo.

Por tanto, si, estando el contrato en vigor, el asegurado sufre una recaída en su patología oncológica, éste no tendría obligación de declarar esta recaída.

Por otra parte, en lo que se refiere a la renovación del contrato, el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro permite a ambas partes del contrato, con carácter general, oponerse a la prórroga de los contratos de seguro contratados por una duración temporal renovable sin más requisito que comunicarlo por escrito a la otra parte con una antelación de dos meses al vencimiento del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el asegurador, y de un mes cuando sea el tomador.

Todo ello sin perjuicio del criterio de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (publicado en el informe anual del Servicio de Reclamaciones de 2013, caso 3/2013) de considerar que, si en un seguro de asistencia sanitaria se prescribe un tratamiento durante la vigencia de un contrato el mismo debe ser prestado con independencia de la decisión de la compañía de no prorrogar el contrato.

Existen excepciones, como en el caso de los seguros de decesos y dependencia, en los que la oposición a la prórroga solo puede ser ejercida por el tomador.



4. Si un paciente ha tenido una remisión completa del cáncer hace más de 5 años, pero tiene multitud de secuelas médicas provocadas por el cáncer pero que no son propiamente un cáncer, ¿qué dispone la ley?

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Las secuelas existentes en el momento de contratar un seguro pueden tener la consideración de patología o invalidez, según corresponda. Por ello, siempre que en el cuestionario de salud se pregunte por ellas, deberían ser declaradas antes de la contratación del seguro. La entidad aseguradora podrá o no aceptar dichas circunstancias, de conformidad con su política de selección de riesgos (cumpliendo con el principio de no discriminación establecido en la Ley de Contrato de Seguro).

En el caso de que las secuelas se manifiesten por primera vez después de la entrada en vigor del contrato, el tomador o asegurado no tendría obligación de declarar estas secuelas en aplicación de lo establecido en el artículo 11 de la Ley de Contrato de Seguro, que exime al tomador y asegurado de declarar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud en los seguros de personas, variación que en ningún caso se considerará agravación del riesgo. Estas secuelas que se manifiesten por primera vez estando el contrato en vigor estarán cubiertas en la medida que sean riesgos cubiertos por ese contrato.

Por otra parte, en lo que se refiere a la renovación del contrato, el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro permite a ambas partes del contrato, con carácter general, oponerse a la prórroga de los contratos de seguro contratados por una duración temporal renovable, sin más requisito que comunicarlo por escrito a la otra parte con una antelación de dos meses al vencimiento del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el asegurador, y de un mes cuando sea el tomador.

Existen excepciones, como en el caso de los seguros de decesos y dependencia, en los que la oposición a la prórroga solo podrá ser ejercida por el tomador.



5. ¿Los pacientes pueden solicitar un seguro en retroactivo que anteriormente les denegaron? ¿En caso de haberles sido concedido un seguro anterior al Real Decreto-ley 5/2023 con unas cuotas afectadas o primas por ser o haber sido paciente oncológico, estas cuotas automáticamente son anuladas? ¿La persona debería cancelar el seguro y solicitar otro o modificar las cláusulas y pagos con la empresa?

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Tras la entrada en vigor de la nueva norma, podría contratar el seguro una persona a la que, con anterioridad a su entrada en vigor, se le hubiese denegado el acceso a un seguro por razón de haber sufrido una patología oncológica y su tratamiento radical hubiese finalizado hace más de 5 años sin recaída posterior.

Este seguro tendría eficacia a partir de la fecha de efecto que acuerde con la entidad aseguradora; no obstante, no podrá exigir que el seguro tenga eficacia retroactiva.

Respecto a la tarificación de los seguros temporales renovables, contratados con anterioridad a la entrada en vigor de la norma, las primas, a partir de la renovación siguiente a su entrada en vigor, ya no deberán tener en cuenta la patología sufrida por el asegurado si ya han transcurridos 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. También debería eliminarse, a partir de la renovación, la exclusión de cobertura de esta situación, si la hubiera.

Estas modificaciones contractuales no pueden conllevar que alguna de las partes del contrato realice cualquier otra modificación unilateral de éste, en particular, no se debería realizar un nuevo cuestionario de salud.

6. ¿Qué interpretación exacta se debe dar al concepto de “evolución de la evidencia científica”?

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud.

La evidencia científica es el uso consciente, explícito y juicioso de datos válidos y disponibles procedentes de la investigación. Estos datos derivados de las publicaciones científicas, recopiladas en las bases de datos biomédicas, ayudan a tomar decisiones clínicas y contribuyen a justificar determinadas pautas de actuación frente a otras posibles.

No obstante, la información científica que se publica es de muy distinta calidad y, además, es frecuente que varíe con el tiempo a medida que surge nueva



evidencia generada por la investigación biomédica. Por consiguiente, el conocimiento de la mejor evidencia científica disponible supone la necesidad de actualización constante y la consulta de fuentes fiables, adecuadas y rigurosas.

Puesto que la información científica generada por la investigación biomédica en oncología se halla en franca expansión, es necesario el uso de procesos sistemáticos para garantizar que la investigación relevante sea identificada, evaluada y utilizada apropiadamente.

7. ¿Si los supervivientes de cáncer que cumplan los requisitos incorporados en la normativa se encuentran con dificultades en la contratación de seguros?, ¿Qué recomendaciones se les pueden dar? ¿Recomiendan que hagan una reclamación en las Oficinas Municipales de Información al Consumidor o a través de entidades de protección de los consumidores?

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Pueden presentar consulta ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, de conformidad con lo establecido en la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

También pueden presentar reclamación ante el citado Servicio. Para ello es preceptivo haber reclamado previamente al departamento o servicio de atención al cliente o, en su caso, al defensor del cliente de la entidad contra la que se reclame.

El informe que emita el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones no será vinculante para la entidad aseguradora.

Agencia Española de Protección de Datos

Así mismo, si la denegación del seguro responde al tratamiento ilícito de los datos de salud relativos al cáncer se puede interponer una reclamación ante el Delegado de Protección de Datos de la compañía, ante el responsable del tratamiento, o ante la Agencia Española de Protección de Datos, a efectos de que se cese en su utilización, sin perjuicio de la posibilidad de adoptarse otras medidas correctivas.



8. Si a un paciente le hubiese sido concedido una hipoteca, seguro de vida, etc.. y en el momento omitió que era o había sido paciente oncológico, ahora, tras el Real Decreto-ley 5/2023, ¿el banco o empresa aseguradora podría anularle la hipoteca, crédito, seguro... aunque ahora sí cumpla el criterio de 5 años desde el “tratamiento radical” sin ninguna recaída?

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Con carácter general, en materia de seguros, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, el asegurador puede rescindir un contrato de seguro en el plazo de un mes desde que tiene conocimiento de una reserva o inexactitud del tomador del seguro en la declaración del riesgo. En la medida que la reserva o inexactitud se hubiese producido, el asegurador tendría derecho a rescindir el contrato con independencia de que en el momento actual esa patología ya no deba tenerse en cuenta para la valoración del riesgo.

9 ¿Desde qué fecha se cuentan los 5 años de terminación del tratamiento y en remisión completa para que sea de aplicación el Real Decreto-ley 5/2023?

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud.

La fecha a partir de la cuál comienzan a contar los cinco años de intervalo libre de enfermedad cuando existe enfermedad localizada es aquella en la que se completa el tratamiento radical (aunque la confirmación con las pruebas que permitan evidenciar que el/la paciente se encuentra **libre de enfermedad** se haya producido con posterioridad).

El estado **libre de enfermedad** se produce cuando no hay evidencia de enfermedad macroscópica tras un tratamiento con intención curativa.

En el caso de **enfermedad metastásica/sistémica** (término aplicable también a neoplasias hematológicas) el **período libre de enfermedad** comenzaría a contarse cuando pueda evidenciarse **respuesta completa radiológica o serológica al tratamiento**: ausencia de enfermedad clínicamente detectable por técnicas asistenciales.



10. ¿Cómo aplica la ley en caso de renovación de un seguro de vida?

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Respecto a la tarificación del seguro contratado con anterioridad a la norma, para los seguros temporales renovables, las primas, a partir de la renovación siguiente a su entrada en vigor, ya no deberán tener en cuenta la patología sufrida por el asegurado después de transcurridos 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. También debería eliminarse, a partir de la renovación, la exclusión de cobertura de esta situación, si la hubiera.

Estas modificaciones contractuales no deberían conllevar que alguna de las partes del contrato realice cualquier otra modificación unilateral de éste, en particular, no se debería realizar un nuevo cuestionario de salud.

11. ¿Cómo aplica en la negociación sobre cobertura de incapacidades en un seguro de vida?

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

El cuestionario de declaración del riesgo en un seguro de vida no debe preguntar por una patología oncológica cuyo tratamiento radical hubiese finalizado hace más de 5 años sin recaída posterior y, en consecuencia, esta circunstancia no debe tenerse en cuenta a la hora de valorar el riesgo ni debe excluirse la cobertura de incapacidades que puedan surgir en el futuro como consecuencia de esa patología. Por el contrario, si ya hay una incapacidad en el momento de contratar el seguro como secuela del cáncer, esta circunstancia sí debería ser declarada siempre que el cuestionario incluya preguntas al respecto y la entidad podría excluir o limitar su cobertura, así como tenerla en cuenta en la tarificación del seguro (cumpliendo con el principio de no discriminación establecido en la Ley de Contrato de Seguro).



12. ¿Puede aplicar el derecho al olvido a otros trámites donde se requiere comunicar datos de estado de salud? E) renovación del carnet de conducir.

Dirección General de Tráfico

En relación a la renovación de un permiso de conducción, la Orden PCM/518/2023, de 26 de mayo, modificó el Anexo IV del Reglamento General de Conductores, aprobado por el Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, estableciendo que el plazo de renovación del permiso de conducción sea el correspondiente por razón de edad y no estuviera limitado a tres o cinco años en función de la enfermedad oncológica que sufriera el conductor. Concretamente en el apartado relacionado con trastornos oncohematológicos, las personas que cuenten con determinados permisos de conducción y hayan superado los tres primeros años con una remisión completa de la enfermedad, debidamente acreditada por un informe del oncólogo o hematólogo competente, y, en el supuesto de otros procesos oncológicos, las personas que posean determinados permisos de conducción, sin que exista evidencia de su enfermedad y siempre que no estén recibiendo tratamiento adyuvante, previo informe favorable del especialista, pueden renovar su documentación no por el plazo de tres o cinco años previsto en la legislación anterior, sino por el que les correspondiera por razón de la edad.

En el Anexo IV del Reglamento General de Conductores, se recogen las aptitudes psicofísicas requeridas para obtener o prorrogar la vigencia del permiso o de la licencia de conducción, estableciendo las enfermedades y patologías que pueden ser causa de denegación o adaptaciones, restricciones de circulación y otras limitaciones en su obtención o prórroga, conforme a lo establecido en la Directiva 2006/126/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre, sobre el Permiso de Conducción. Señalar que de conformidad con lo recogido en el citado Anexo IV del, son diversas las patologías o enfermedades para las que se requiere informe del especialista.