

# **ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

Aunque la actividad asistencial relacionada con el cáncer se extiende desde las actividades desplegadas por la atención primaria (actividades preventivas, sospecha diagnóstica, seguimiento al alta, paliativos), hasta las desplegadas en el medio hospitalario, este Plan se centra en los dos programas de cribado poblacional (mama y colon), el programa de cribado oportunista de cáncer de cérvix y en la actividad generada en la atención hospitalaria.

## 2.1. PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER

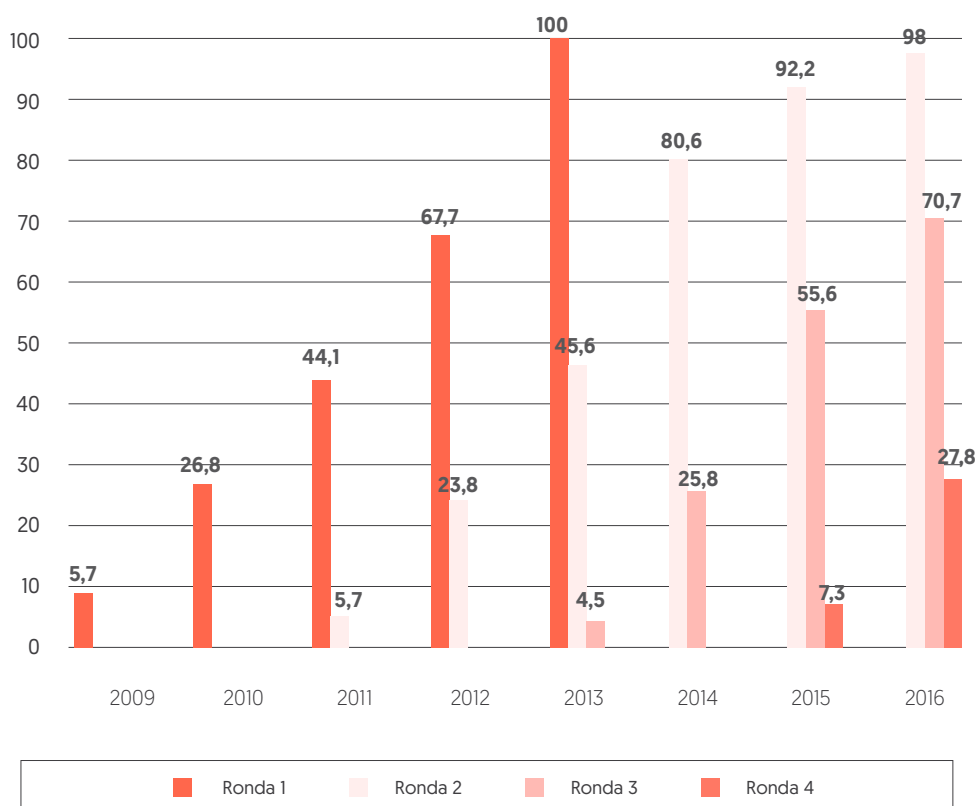
Los dos programas de cribado poblacional que se están realizando en la CAPV son el de cáncer de mama y de cáncer colorrectal (CCR) que se encuentran entre los de mayor cobertura, participación, y resultados de nuestro entorno. Junto a ellos se está realizando el programa de cribado oportunista de cáncer de cérvix.

### 2.1.1. CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

El Programa se implanta en 2009 con el objetivo de disminuir la incidencia y mortalidad por CCR mediante la detección y tratamiento de lesiones pre-malignas y malignas en la población diana (50-69 años). Este programa alcanzó en 2013 al 100% **de la población diana** (50-69 años), con una **cobertura** del 86,10%. Sin embargo el despliegue en cuanto a invitaciones bienales es desigual en las diferentes organizaciones (Figura 6).

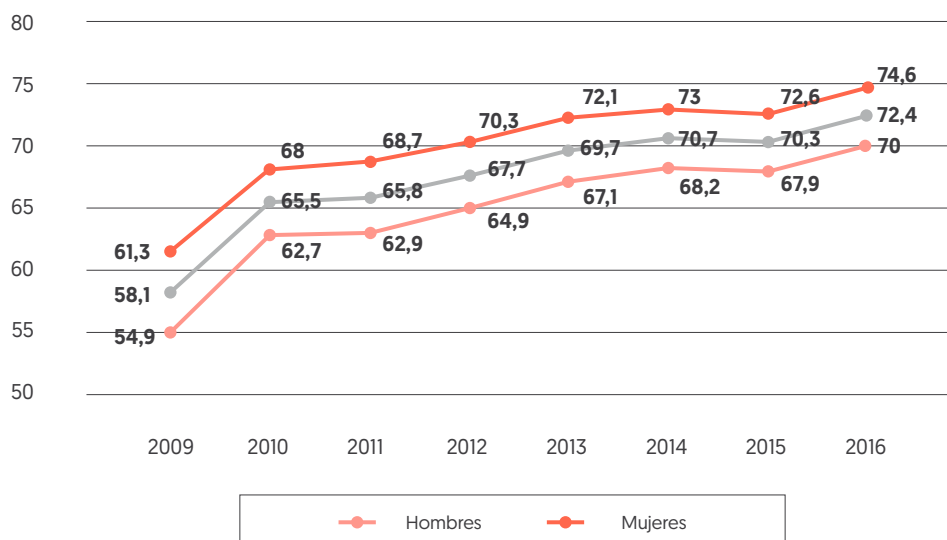
Figura 6. Extensión del programa 2009-2016.

30



La **participación** ha ido aumentando a lo largo de todo el periodo de forma significativa (figura 7). Si bien es superior a la mayoría de los programas y recomendaciones europeas, se han observado diferencias entre territorios, sexo y nivel socioeconómico.

**Figura 7. Participación en el programa.**



Los **resultados del Programa** cumplen las recomendaciones de la Guías de Práctica Clínica Europea y los estudios publicados en programas de base poblacional (tabla 8) presentando una sensibilidad el programa de cribado del 93,9% para la detección del cáncer.<sup>5, 6</sup>

31

**Tabla 8. Principales resultados del Programa 2015-2016.**

INDICADORES DEL PROGRAMA PCCR 2015-2016	Numerador	Denominador	Indicador
Cobertura <sup>1</sup>	464.979	540.026	86,10%
Invitaciones válidas	444.819	464.979	95,66%
Participación (personas que participan/invitaciones válidas*100)	317.664	444.819	71,4%
Tasa detección de Adenomas y CCR x 1000 participantes	9.613	317.664	30,26
Tasa detección de CCR x 1000 participantes	655	317.664	2,06
Tasa detección de Adenoma Avanzado x 1000 participantes	5.696	317.664	17,93
Tasa detección de Neoplasia Avanzada x 1000 participantes	6.351	317.664	19,99
CCR estadio I-II	427	655	65,19
Cánceres de intervalo	55		
Sensibilidad (personas invitadas en 2013-2014)	760	815	93,3 [ IC95%:91,6-94,6]

1. Cobertura = Personas invitadas 2015-2016/personas de la población objetivo EUSTAT a mitad del periodo-personas excluidas por CCR/seguimiento Programa y Colonoscopia < 5 años/otros \* 100

Se han detectado diferencias significativas por sexo y por índice de privación económica en las tasas de detección, mayor en hombres con perfil desfavorable, son los que presentan tasas superiores de lesiones avanzadas.

### 2.1.2. CRIBADO CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente y la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres de la CAPV. El objetivo del cribado de cáncer de mama es reducir la mortalidad por la enfermedad sin que ello afecte negativamente el estado de salud de las participantes en el cribado.

El Programa comenzó en 1995 extendiéndose a lo largo de 1997, al resto de la CAPV. Está dirigido a todas las mujeres de la CAPV de 50 a 69 años de edad aprobándose en 2006 la extensión hasta los 69 años y ampliándose la invitación en 2011 a las mujeres de 40-49 años con antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado. 7,8.

En cuanto a los datos de participación y resultados del programa, el PCCM cumple los estándares considerados de calidad (tabla 9).

**Tabla 9. Principales resultados del Programa 2015-2016.**

INDICADORES DEL PROGRAMA PCCR 2015-2016	Numerador	Denominador	Indicador
Cobertura <sup>2</sup>	268.689	290.080	92,63%
Invitaciones válidas (mujeres con cita completada en el periodo)	265.154	-	-
Participación (personas que participan/invitaciones válidas*100)	210.649	265.154	79,4%
Tasa de detección x 1000 participantes	1.127	210.649	5,40
Porcentaje de cánceres invasivos < 10mm sobre invasivos	328	871	37,70%
Porcentaje de tumores Estadio II + [%]	270	1.127	24%
Porcentaje de cánceres sin afectación ganglionar sobre invasivos	654	970	67,40%
Cánceres de intervalo	211	-	-
Sensibilidad [Cánceres detectados por programa/Detectados + Intervalo]	1032	1.243	83

2. Cobertura= Personas invitadas 2015-2016/personas de la población objetivo EUSTAT a mitad del periodo-personas excluidas (mujeres vivas con cancer de mama + mujeres con control HR) \* 100

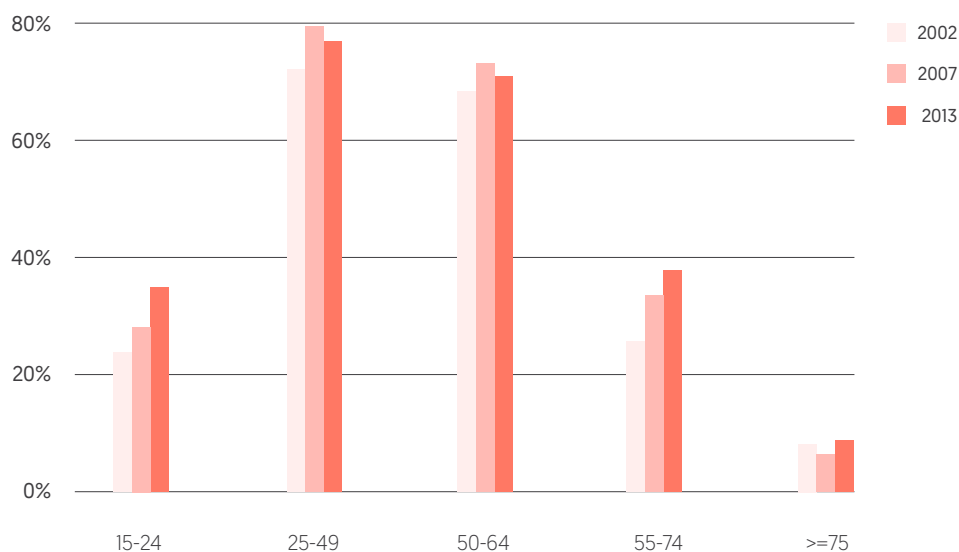
En relación a beneficios en salud, riesgos y coste-efectividad del PDPCM, un estudio realizado de los 15 años de evolución (1996-2011) del programa apoya una importante disminución en la mortalidad por cáncer de mama con un riesgo razonable de efectos secundarios, a la vez que la evaluación coste-efectividad para el mismo período obtuvo un ICER (Incremental Cost Effectiveness Ratio) de 4.214 € por QALY, muy por debajo del límite utilizado en las tomas de decisiones.

### 2.1.3. CRIBADO CÁNCER DE CÉRVIX

El cáncer de cuello útero (CCU) es la tercera neoplasia más frecuente en el mundo en las mujeres. La CAPV presenta una tasa de mortalidad por cáncer de cérvix de 1,6/10000

(TAE), habiendo sido este tumor la causa de defunción en 2012 de 29 mujeres. En la actualidad el cribado ofertado en la CAPV para la detección de lesiones precancerosas de cérvix uterino se realiza de forma oportunista a las mujeres de 25 a 65 años, aprovechando los contactos de la usuaria con el sistema sanitario. Según la ESCAV en 2013, el 74% de las mujeres de 25-49 años y el 68% de las de 50-64 se habían realizado esta prueba en los tres años previos. El 16% de mujeres de 50-64 años no se habían realizado nunca la citada prueba (Figura 8). La participación en el cribado disminuyó en un 4% en el año 2013 respecto a 2007.

**Figura 8. Evolución de la detección precoz de cáncer de cuello de útero por grupos de edad, 2002-2013. Mujeres que se han hecho una citología en los tres años previos.**



33

Las mujeres de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos fueron las que en mayor proporción no se habían realizado una citología, situación más acusada en las mujeres de mayor edad. La reorganización del cribado de cáncer de cérvix que se viene realizando en Osakidetza desde hace 25 años facilitará la participación de estas mujeres en el cribado poblacional que se está poniendo en marcha.<sup>9, 10, 11.</sup>

## 2.2. ACTIVIDAD HOSPITALARIA

En la CAPV la actividad relacionada con el tratamiento y seguimiento oncológico se centraliza en los grandes hospitales de la red sanitaria, Hospital Universitario Araba (HUA), Hospital Universitario Cruces (HUC), Hospital Universitario Donostia (HUD) y Hospital Universitario de Basurto (HUB), que disponen de servicios de oncología médica y radioterápica, así como en el Hospital de Galdakao que dispone de servicio de oncología médica.

La atención al paciente oncológico con necesidades paliativas, se realiza, en todos los hospitales de Osakidetza bien mediante unidades específicas de cuidados paliativos y/o equipos de referencia o mediante los servicios de hospitalización a domicilio. Hay que destacar que el modelo de atención al paciente con necesidades paliativas (oncológico o no), se basa en proporcionar una atención de calidad en cualquiera de los niveles asistenciales y, en este sentido el nivel de Atención Primaria debe jugar un papel de conductor del proceso asistencial (Plan de atención al paciente paliativo).

En las [tabla 10](#) a [12](#) se presentan los datos relativos a la actividad asistencial en los años 2015 y 2016. Como puede apreciarse la oncología supone una carga asistencial elevada para las Organizaciones de Osakidetza con un importante número de hospitalizaciones aun cuando la tendencia en los últimos años es la de trasladar parte de la actividad hospitalaria hacia el Hospital de Día o a Hospitalización a Domicilio.

**Tabla 10. Número de hospitalizaciones, ingresos en hospitalización a domicilio y hospital de día médico.**

	2015	2016
<b>INGRESOS HOSPITALARIOS</b>		
Cuidados paliativos	1628	1554
Onc. Médica	5139	5513
Hematología	3090	3038
Onc. Radioterápica	387	318
<b>TOTAL</b>	<b>10244</b>	<b>10423</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO</b>		
Paliativos onc.	1430	1653
Oncológicos	1334	947
<b>TOTAL</b>	<b>2764</b>	<b>2600</b>
<b>HOSPITAL DÍA MÉDICO (Procedimientos)</b>		
Hematología	2900	3664
Oncología médica	6427	6024
<b>TOTAL</b>	<b>9327</b>	<b>9688</b>

34

**Tabla 11. Actividad en consultas externas en oncología.**

	TOTAL		PRIMERAS		SUCESIVAS	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
PALIATIVOS	3.532	3.816	787	882	2.745	2.934
ONCO MÉDICA	88.471	93.422	4.850	4.916	83.621	88.508
ONCO RADIOTERÁPICA	33.310	31.117	5.249	5.169	28.061	25.948
CONSEJO GENÉTICO	1.679	2.065	491	615	1.188	1.450
<b>TOTAL</b>	<b>129.007</b>	<b>132.436</b>	<b>13.392</b>	<b>13.598</b>	<b>117.630</b>	<b>120.856</b>

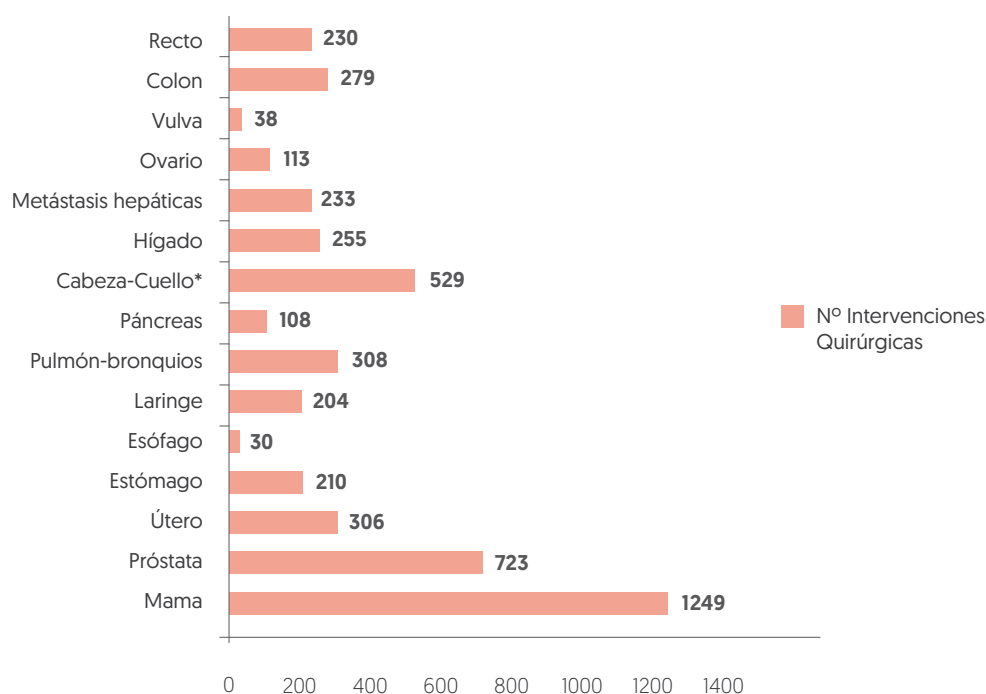
Hay que señalar que 4.653 pacientes recibieron radioterapia, que vienen a suponer el 35% aproximadamente de los casos incidentes de cáncer anuales (Tabla 10).

Por lo que se refiere a la actividad quirúrgica relacionada con procesos oncológicos en la [figura 9](#) se presentan las intervenciones quirúrgicas realizadas para las localizaciones más frecuentes, entre las que destacan por su frecuencia las intervenciones por cáncer de mama.

Tabla 12. Actividad en radioterapia por centro hospitalario 2015-2016.

	2015		2016	
	PACIENTES	SESIONES	PACIENTES	SESIONES
HUAraba	813	15.003	844	19.172
HUCruces	1.390	27.150	1.478	29.994
HUDonostia	1.053	22.587	1.053	22.439
HUBasurto	1.418	28.911	1.278	24.927
Fundación onkologikoa	953	16.044	1.038	15.807
Osakidetza	4.674	93.651	4.653	96.532

Figura 9. Nº de altas de cirugía oncológica por localización. Fuente: CMBD-2015.



## 2.3. INDICADORES DE FARMACIA

Los pacientes oncológicos en Osakidetza son tratados con un amplio arsenal de terapias y según protocolos clínicos estandarizados y avalados por la evidencia científica. Estos protocolos oncológicos están en continua actualización, ya que el nivel de innovación en terapias oncológicas es muy alto. Sólo en los últimos cinco años, Osakidetza ha incorporado más de 52 nuevos tratamientos (nuevos fármacos o nuevas indicaciones oncológicas de fármacos ya disponibles), fundamentalmente en oncohematología (mieloma múltiple, leucemias y linfomas), así como en oncología médica (fundamentalmente en fases avanzadas o metastásicas de la enfermedad en cáncer de pulmón, melanoma, cáncer de próstata, cáncer de mama, cáncer de colon y otros).

En muchos casos, estas nuevas terapias reemplazan a otras menos costosas y en otros casos, se añaden a las terapias actuales (el paciente recibe más líneas de tratamiento o se añaden a los tratamientos actuales). En todos los casos son de muy elevado coste (hasta casi los 90.000 euros por año y paciente) y por lo tanto, de alto impacto presupuestario.

En la CAPV, una vez aprobados por la Agencia Española del Medicamento e incluidos en la financiación del SNS por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Osakidetza, a través de su Comisión Corporativa de Farmacia dependiente de la Dirección General, establece el posicionamiento terapéutico de estos nuevos medicamentos.

Por todo ello, no sorprende que el gasto de los medicamentos destinados al tratamiento del cáncer suponga más del 30% del gasto de la farmacia hospitalaria y corresponda al grupo de mayor gasto y uno de los de mayor crecimiento interanual. En 2017 el gasto de las terapias antineoplásicas (excluida receta) ascenderá a 87 millones de euros, con un incremento del 13% sobre el gasto del 2016, cuando el global de la farmacia hospitalaria crecerá el 2% (figura 10). A esta cantidad hay que sumar el gasto de fármacos antineoplásicos por receta que en los últimos 3 años se ha mantenido estable en torno a los 13 millones de euros/año.

En los últimos años el gasto hospitalario de antineoplásicos en Osakidetza ha mantenido crecimientos interanuales superiores al del resto de medicamentos (Figura 10), alcanzando valores superiores al 10%. La oncohematología representa casi el 50% de consumo total de la oncología y sus crecimientos interanuales superan al resto.

**Figura 10. Evolución del consumo de antineoplásicos en farmacia hospitalaria durante los últimos 4 años, en concreto lo referente al gasto de los hospitales de Osakidetza. No se presenta información sobre consumo de la Fundación Onkologikoa**

